



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

DOENTE COM AVC: GANHOS NA QUALIDADE DE VIDA APÓS INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Mariline Patrícia Fernandes Ferreira

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

DOENTE COM AVC: GANHOS NA QUALIDADE DE VIDA APÓS INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo-
Escola Superior de Saúde para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Reabilitação

Orientadora: Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Mariline Patrícia Fernandes Ferreira
Viana do Castelo 2014

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que nunca duvida da minha capacidade para atingir os meus objetivos, por chorar comigo quando tudo parece perdido e partilhar o seu lindo sorriso comigo quando tudo é ultrapassado... Obrigada por acreditares e me apoiares em tudo que faço.

Ao amor da minha vida, que é o meu melhor amigo, o pilar da minha vida, a razão para eu acreditar num futuro brilhante e recheado de momentos especiais e repletos de alegria.

Aos meus amigos, em especial ao António, que me ajudaram na concretização deste trabalho. Sem vocês tudo o que se segue não estaria concluído.

A este e aos meus restantes amigos, obrigada por nestes últimos momentos difíceis por que passei, me ajudarem a levantar a cabeça e me darem a garra de acreditar que mesmo na profunda exaustão, sou mais forte do que julgo ser... Há quem diga que amigos querem-se poucos mas bons, mas eu, tenho a felicidade de saber que tenho muitos e realmente bons, que me apoiam incondicionalmente... Todas as palavras não chegam para vos agradecer tudo o que por mim tem feito, sinto-me uma pessoa lisonjeada por vos ter a todos no meu leque de amigos. No meu coração todos têm um lugar muito especial e distinto. Em momento algum me deixam esquecer que a amizade consegue ser tão complexa, que é um alimento para os fracos e o reino dos fortes.

À Professora Doutora Maria Salomé Ferreira, pelo rigor e seriedade que impõe ao trabalho, pela experiência e conhecimento, pelo apoio e compreensão e principalmente, por em momento algum me deixar fracassar.

Aos meus quatro anjos da guarda, sinto a vossa presença junto de mim todos os dias.

Finalmente, o meu agradecimento a todos os que, de forma direta ou indireta me apoiaram em todos os momentos deste percurso. A todos o meu mais profundo e sincero OBRIGADA.

RESUMO

O acidente vascular cerebral representa uma das principais causas de mortalidade e morbilidade a nível mundial, tendo grande repercussão na qualidade de vida dos doentes. A enfermagem de reabilitação assume por isso grande importância, pois contribui para ajudar o doente a readquirir capacidades perdidas e a tornar-se mais autónomo.

Tendo presente esta realidade, considerámos importante realizar um estudo com o tema: “Doente com AVC: ganhos na qualidade de vida após intervenção do enfermeiro de reabilitação”, visando conhecer de que forma o enfermeiro de reabilitação influencia a qualidade de vida do doente após o Acidente Vascular Cerebral, de modo a contribuir para uma melhor intervenção neste domínio.

Definimos como objetivos específicos: Avaliar o nível de qualidade de vida dos doentes acometidos por AVC no momento da alta da Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação; avaliar o nível da qualidade de vida dos doentes acometidos por AVC, 2 meses após alta e sujeitos à intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio; identificar a influência das variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e habilitações literárias) na qualidade de vida no doente com AVC e por fim conhecer a perceção dos doentes que sofreram AVC, relativamente à intervenção do enfermeiro de reabilitação na manutenção/recuperação da qualidade de vida no doente com AVC.

Trata-se de um estudo misto, predominantemente quantitativo, correlacional e longitudinal, sendo a amostra constituída por 51 indivíduos de ambos os sexos.

Os instrumentos utilizados foram: o questionário sociodemográfico, elaborado para o efeito, e a Escala de Qualidade de Vida Específica para Doentes com AVC (Malheiro [et. al.], 2009).

Os resultados revelaram que os sujeitos da amostra possuem uma média de idade de 76 anos, na sua maioria mulheres (66.7%), casados ou em união de facto (54.9%) e com o 4º ano de escolaridade (49%).

Relativamente ao contributo das variáveis sociodemográficas para a qualidade de vida nos doentes após AVC, verificou-se que a variável idade influencia negativamente a

qualidade de vida nos domínios: Energia, Papel Familiar, Disposição, Papel Social, Mobilidade, Força Membro Superior e Trabalho/Produtividade; a variável habilitações literárias influencia positivamente a qualidade de vida nos domínios Energia, Disposição, Papel Social, Capacidade Mental, Linguagem, Mobilidade, Força Membro Superior, Trabalho/Produtividade e Autocuidados. As variáveis género e estado civil não influenciam nenhum dos domínios da qualidade de vida e os domínios Personalidade e Visão não são influenciados por nenhuma das variáveis estudadas.

Relativamente à percepção dos doentes sobre a importância do enfermeiro de reabilitação concluímos que 48 indivíduos consideram que o enfermeiro de reabilitação foi importante para melhorar a sua qualidade de vida na medida em que este promoveu a manutenção e a reeducação funcional: motora, sensitiva, cognitiva, sistema cardiorrespiratório, da alimentação e eliminação (vesical e intestinal).

O estudo mostra que a intervenção do enfermeiro de reabilitação contribui para uma melhoria da qualidade de vida e sugere-se o desenvolvimento de outros estudos no sentido de reforçar estes resultados.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral, enfermeiro de reabilitação e qualidade de vida.

ABSTRACT

A cerebrovascular accident (CVA), also known as stroke, represents one of the main causes of mortality and morbidity worldwide, having great impact on the quality of life of patients. Rehabilitation nursing is extremely important as it contributes to the recovery of lost abilities and the independence of these patients.

Therefore, we have considered important to conduct a study based on the subject: "Patient with a cerebrovascular accident: gains in quality of life after the intervention of the rehabilitation nurse " with the purpose of understanding the effects of rehabilitation nursing in the quality of life of patients who have suffered a Cerebrovascular Accident, and thus contribute to a better intervention on this subject.

The aims of this study are: to assess the level of the quality of life of these patients at the time they are discharged from the Midterm Rehabilitation Unit; to evaluate the level of their quality of life 2 months later, while still benefiting from the intervention of a rehabilitation nurse at home; to perceive the influence of sociodemographic variables (gender, age, marital status and level of education) on their quality of life and, finally, to acknowledge the perception of these patients regarding the intervention of the rehabilitation nurse on the maintenance/recovery of their quality of life.

A mixed study was developed, mainly quantitative, descriptive, correlational and longitudinal on a sample of 51 individuals of both sexes.

The instruments used were the sociodemographic questionnaire, prepared for this purpose, and the Stroke Specific Quality of Life Scale (Malheiro [et. al.], 2009).

The results revealed that the average age of the subjects was 76 years, mostly female (66.7%), married or in common-law partnership (54.9%) and having had four years of schooling (49%).

Regarding the contribution of sociodemographic variables (gender, age, marital status and level of education) to the quality of life in patients after CVA, it was possible to acknowledge that the variable *age* influences negatively the quality of life in the Energy, Family Role, Provision, Social Role, Mobility, Strength of Upper Limb, Work/Productivity

domains; the *education* variable influences positively the quality of life in the Energy, Provision, Social Role, Mental Ability, Language, Mobility, Strength of Upper Limb, Work/Productivity and Self Care domains; The variables *gender* and *marital status* do not have any influence on any of the quality of life domains, and that the domain of Personality and Vision are not influenced by any of the variables studied.

Regarding the perception patients have on the importance of the rehabilitation nurse, 48 individuals considered that the rehabilitation nurse was important to improve their quality of life as these promoted the patients' motor, sensorial, cognitive, cardiorespiratory, feeding, excretory processes and functional re-education.

The study shows that the rehabilitation nurse intervention contributes to a better quality of life and suggests the development of further studies to strengthen these results.

Keywords: Stroke, rehabilitation nurse and quality of life.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
CAPITULO 1 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	19
1. AVC - COMPREENSÃO DO FENÓMENO.....	20
1.1. AVC - Epidemiologia.....	20
1.2. AVC - Abordagem clínica.....	21
1.3.1. Fatores de risco modificáveis	25
1.3.2. Fatores de risco não modificáveis.....	27
1.4. AVC – Consequências.....	28
1.5. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente com AVC	32
CAPITULO 2 - QUALIDADE DE VIDA	40
2.1- Qualidade de vida: definição e conceitos	41
2.2 – Qualidade de vida relacionada com saúde.....	43
2.3 – Impacto do AVC na qualidade de vida do doente	44
CAPITULO 3 – ORGANIZAÇÃO E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS AO DOENTE COM AVC.....	48
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	56
3.1. Tipo de estudo	57
3.2. Objetivos do estudo	57
3.3. Hipóteses	58
3.4. Variáveis de estudo.....	58
3.5. População e Amostra	59
3.6. Procedimento de recolha de dados	60

3.7. Instrumentos	62
3.7.1 - Questionário sociodemográfico criado para o estudo	62
3.7.2 - Escala de qualidade de vida específica para doentes que sofreram AVC (EQVE-AVC)	62
3.7.3-Questão aberta obre a importância da intervenção do enfermeiro e reabilitação para a promoção de qualidade de vida	73
3.8. Tratamento de dados.....	73
PARTE III - RESULTADOS	76
CAPITULO 4 - RESULTADOS DESCRITIVOS	77
4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	78
CAPITULO 5 - RESULTADOS DOS TESTES DAS HIPÓTESES.....	81
5.1. Hipótese 1	82
5.2. Hipótese 2	84
CAPITULO 6 - Opinião dos Doentes Relativamente á Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	93
CAPITULO 7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	96
SÍNTESE/CONCLUSÕES	114
BIBLIOGRAFIA	118
ANEXOS	126
ANEXO I.....	127
ANEXO II	135
ANEXO III_	137

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Manifestações clínicas do AVC segundo os territórios vasculares..... 24

Quadro 2 - Posicionamento do doente com AVC 39

ÍNDICES DE TABELAS

Tabela 1 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC.	66
Tabela 2 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Energia.....	67
Tabela 3 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Papel Familiar.....	67
Tabela 4 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Disposição	68
Tabela 5 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Personalidade.....	69
Tabela 6 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Papel Social	69
Tabela 7 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Capacidade Mental	70
Tabela 8 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Linguagem.....	70
Tabela 9- Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Mobilidade.....	71
Tabela 10- Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Força Membro Superior	71
Tabela 11 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Visão.....	72
Tabela 12 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Trabalho/ Produtividade	72
Tabela 13 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Autocuidados.....	73
Tabela 14 - Caracterização da amostra relativamente à idade.....	78

Tabela 15- Caracterização da amostra relativamente ao género.	78
Tabela 16- Caracterização da amostra relativamente às habilitações literárias.....	79
Tabela 17 - Caracterização da amostra relativamente ao estado civil.	79
Tabela 18 - Caracterização da amostra relativamente à atividade profissional.....	80
Tabela 19 - Resultados do nível da qualidade de vida entre o 1º e 2º momento nos diferentes domínios.	83
Tabela 20 - Resultados do nível da qualidade de vida entre o 1º e 2º momento no domínio Disposição.	84
Tabela 21- Resultados da correlação para as variáveis idade e habilitações literárias nos domínios da qualidade de vida.	85
Tabela 22- Resultados do teste Wilcoxon para as variáveis género e estado civil nos domínios da qualidade de vida.	88
Tabela 23 - Resultados do teste <i>t-Student</i> para as variáveis género e estado civil nos domínios da Papel Familiar e Disposição.....	89
Tabela 24- Resultado da regressão linear entre as variáveis idade e habilitações literárias nos domínios da qualidade de vida.....	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos contributos da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação para a qualidade de vida dos doentes.....	94
---	----

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente vascular cerebral

AVD – Atividades de vida diárias

ECCI – Equipa Coordenadora Cuidados Integrados

HTA – Hipertensão arterial

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SS – QOL - Stroke Specific Quality of Life Scale

UMCCI – Unidade de Missão para Cuidados Continuados Integrados

UCCMDR - Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação

UCCMDR's - Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação

INTRODUÇÃO

O Acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma perturbação da função cerebral relacionada com a obstrução ou a hemorragia de uma artéria que irriga as áreas dos hemisférios cerebrais ou tronco cerebral (Marques, 2007). Atinge em Portugal proporções assustadoras uma vez que a sua taxa de mortalidade assume valores aproximadamente de 200/100 000 habitantes, sendo atualmente a segunda causa de mortalidade, responsável pelo internamento de mais 25 000 doentes por ano e ainda por um elevado grau de incapacidade (Monteiro, 2011).

As consequências do AVC comprometem as atividades de vida diárias (AVD), porque se refletem em alterações da motricidade, discurso, emoções e mesmo na memória, predispondo os doentes a graves riscos de saúde e de bem-estar (Martins, 2006) tendo impacto na sociedade, com alterações significativas ao nível do estado de saúde dos doentes afetados por esta patologia (Rua, 2012).

Após o acidente vascular cerebral 50% dos doentes que sobrevivem a este acontecimento ficam com limitações ao nível das atividades da vida diárias, constituindo uma ameaça à qualidade de vida (Monteiro, 2011), uma vez que os AVC's desencadeiam um conjunto de deficiências, incapacidades e desvantagens com efeitos evidentes na qualidade de vida dos doentes e nos prestadores informais de cuidados (Queiroz, 2010).

A qualidade de vida está associada a diversos aspetos do dia-a-dia das pessoas, nomeadamente aspetos relacionados com o domínio do bem-estar económico-financeiro, assim como com o domínio do bem-estar psicológico, social e espiritual. Para Queiroz (2010), o conceito de qualidade de vida pode ser visto como o resultado de todos os fatores que agem sobre o homem, e como ele responde a esses fatores, sendo diretamente proporcional ao *status* funcional, que é traduzido basicamente pela capacidade de desenvolver as atividades de vida diárias.

Assim, é neste contexto que a enfermagem de reabilitação assume grande importância para a minimização do impacto do AVC quer para o indivíduo acometido, quer para a sua família /cuidador, uma vez que esta reabilitação, que idealmente deve ser o mais precoce possível, reduz a mortalidade, tem um impacto positivo na funcionalidade e reduz a incidência de transferências para outras valências (Leite, 2005). O enfermeiro de

reabilitação é especialista no cuidado direto à pessoa com deficiência física e incapacidade no seu contexto social e familiar, “ (. . .) o que implica que os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação possam ser prestados em diferentes contextos da prática clínica nomeadamente nas Unidades de internamento de agudos, de reabilitação, paliativos e cuidados na comunidade” (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, 2011).

No âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados, o Ministério da Saúde (2009) desenvolveu projetos de intervenção domiciliária a doentes dependentes e famílias/cuidadores como sejam: cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; cuidados de reabilitação física entre outros com o objetivo de prestar cuidados continuados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência. Assim, a prestação dos cuidados de saúde e de apoio social, baseada num modelo de intervenção integrada e articulada, é assegurada por equipas domiciliárias, designadamente as equipas de cuidados continuados integrados cujo paradigma assenta na recuperação global e manutenção, idealizando a reabilitação, readaptação e a reintegração social, para a promoção e manutenção do conforto e qualidade de vida da pessoa, mesmo em situações irrecuperáveis.

Tendo por objetivo a melhor resposta ao estado de saúde da população, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários formou Unidades de Cuidados na Comunidade. Segundo o Ministério da Saúde (2009) estas Unidades prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de Unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2009).

Estas equipas são constituídas por vários elementos, sendo que o enfermeiro de reabilitação, como elemento desta equipa, presta cuidados a pessoas e famílias com necessidades especiais no domicílio; identifica barreiras arquitetónicas e elabora propostas de eliminação das mesmas; promove a máxima independência nas AVD e acrescenta

qualidade de vida, no sentido da capacitação e *empowerment*, quer do doente, quer dos seus cuidadores; cria e gere bolsas de produtos de apoio, envolvendo os recursos da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Inserido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, surge a problemática do presente trabalho de dissertação, contextualizado na temática da intervenção do enfermeiro de reabilitação ao doente acometido por AVC, tendo por finalidade contribuir para avaliação do impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação na qualidade de vida dos doentes com AVC, no domicílio.

Consideramos pertinente avaliar a qualidade de vida dos doentes antes e após a intervenção do enfermeiro de reabilitação a fim de perceber o impacto da sua intervenção pois acreditamos que este dará um contributo importante no conhecimento da evolução dos mesmos e contribuirá para entender qual a importância e o contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação para a qualidade de vida dos doentes.

Os objetivos traçados para este trabalho foram: Avaliar o nível de qualidade de vida dos doentes acometidos por AVC no momento da alta da Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação; avaliar o nível da qualidade de vida dos doentes acometidos por AVC 2 meses após alta e sujeitos à intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio; identificar a influência das variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e habilitações literárias) na qualidade de vida no doente com AVC e por fim conhecer a perceção dos doentes que sofreram AVC relativamente à intervenção do enfermeiro de reabilitação na manutenção/recuperação da sua qualidade de vida.

Este trabalho de dissertação está dividido em cinco partes: a primeira é dedicada ao enquadramento teórico, onde é apresentada a revisão da literatura acerca da problemática do acidente vascular cerebral, a qualidade de vida e intervenção do enfermeiro de reabilitação; a segunda parte é dedicada à metodologia do estudo empírico; seguindo-se a apresentação dos resultados e discussão dos mesmos e por fim são apresentadas as conclusões, limitações do estudo e perspetivas futuras.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO 1 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1. AVC - COMPREENSÃO DO FENÓMENO

O acidente vascular cerebral é considerado uma das afeções neurológicas agudas mais comuns e ao mesmo tempo uma das patologias mais frequentes como causa de internamento hospitalar (Ferro e Pimentel, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006) o AVC define-se como um “Comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular”. Conforme o referido pela Direção Geral de Saúde (2010) o AVC reflete-se num défice neurológico súbito, causado por isquemia (deficiência de circulação arterial) ou hemorragia cerebral sendo as suas manifestações motoras mais frequentes: a hemiparésia e a hemiplegia, que geram uma assimetria corporal do lado afetado, levando a uma instabilidade postural em repouso e em movimento.

Os AVC's constituem um dos principais problemas neurológicos em todo o mundo, sendo considerada como a terceira causa de morte entre a população idosa. Trata-se de uma patologia do foro neurológico, cuja alteração depende do local específico da lesão vascular cerebral, do tamanho da própria lesão e da lateralidade do doente (Rocha, 2008).

1.1. AVC - Epidemiologia

Mundialmente, a mortalidade provocada por AVC varia entre os 20 e os 250/100.000 habitantes/ano, sendo que mais de 85% dos mesmos ocorrem em países mais pobres e com menos recursos, devido à dificuldade no acesso a cuidados de saúde (Sá, 2009).

Segundo a Sociedade Portuguesa de AVC (2012) em Portugal a cada cinco minutos ocorre um AVC e a cada hora morrem dois portugueses com a doença. Contudo, metade dos indivíduos que sobrevivem a um AVC fica com incapacidade parcial e uma em cada seis pessoas terá um AVC ao longo da vida.

O AVC é a principal causa de morte em Portugal e também a mais elevada do mundo, representando no sexo masculino 129 mortes por 100.000 habitantes e no sexo feminino 107 mortes por 100.000 habitantes (Martins, 2006), constituindo-se assim como um problema grave de saúde pública (Ferro, 2006), sendo que as doenças relacionadas com o aparelho circulatório representam a primeira das causas de morte em Portugal (38%) e

dentro destas as doenças cerebrovasculares são as mais frequentes com uma taxa de 17.8% (Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com as Redes de referenciação cardiovascular de urgência e vias verdes do EAM e AVC (2006), dados nacionais referentes a 2004 revelam que os internamentos com diagnósticos de AVC foram responsáveis por 3.13% do total dos internamentos. Para além disto o número de vítimas mortais equivale em termos gerais a aproximadamente 500 pessoas por mês e, por ano, sendo que os AVC's são responsáveis pela morte de 200 em cada 100.000 portugueses (Sá, 2009). A Ordem dos Médicos declarou que em 2009 faleceram por AVC 14.285 cidadãos (6127 homens e 8158 mulheres). Contudo, conforme Carvalho (2009) e a Direção Geral da Saúde (2006) apesar da taxa de mortalidade por AVC no nosso país ser muito elevada, tem-se verificado uma ligeira diminuição que poderá estar relacionada com a melhoria no tratamento e na classificação das causas de morte.

O número de doentes que recupera na totalidade de um AVC é inferior a um terço, independentemente dos recursos disponíveis nas Unidades de agudos onde são assistidos, contudo, apenas uma pequena percentagem fica totalmente dependente (Martins, 2006). As sequelas do AVC's manifestam-se em alterações na capacidade física, do foro psicológico, emocional, social, entre outros, para além de afetar o meio social em que o doente está inserido, nomeadamente, a família e os amigos (Carvalho, 2009).

1.2. AVC - Abordagem clínica

O AVC é considerado uma doença súbita, que afeta uma zona localizada no encéfalo, manifestando-se a partir de sintomas e sinais deficitários causados pela perda da função da área afetada (Ferro e Pimentel, 2006). A lesão de uma parte do cérebro pode afetar diferentes partes do corpo, provocando alterações funcionais do seu movimento e da coordenação muscular e ainda alterações emocionais, cognitivas e de comunicação, sendo que as alterações estruturais cerebrais ou comprometimento da função cerebral dependem das características, localização e extensão da lesão (Costa, 2009).

O diagnóstico precoce pode trazer benefícios a curto e longo prazo, nomeadamente a redução de sequelas e do número de pacientes a institucionalizar (Martins, 2006) bem

como a diminuição da taxa de mortalidade. Este diagnóstico inicia-se pelo reconhecimento da tríade de sinais e sintomas: início súbito, os sintomas e sinais focais e a existência de fatores de risco. Nestas situações, deve recorrer-se o mais rapidamente possível a um hospital, onde além de um exame neurológico minucioso, serão efetuados exames complementares de diagnóstico, sendo os mais frequentemente utilizados a Tomografia Axial Computorizada, a Ressonância Nuclear Magnética, a Angiografia Cerebral, a Tomografia de Emissão de Positrões, a Punção Lombar e a Eletroencefalografia (Ferro e Pimentel, 2006). Em alguns doentes, os sintomas, depois de instalados são transitórios e desaparecem completa ou espontaneamente em menos de 24 horas, em geral ao fim de alguns minutos, sendo esta situação designada por acidente isquémico transitório, causado por êmbolos de pequenas dimensões, êmbolos de agregados plaquetários ou hipofusão secundária a uma estenose crítica de uma artéria. No entanto, noutras situações os sinais neurológicos agravam-se progressivamente ou aparecem novos sinais focais (Martins, 2006).

Os AVC's são, na sua generalidade, classificados de acordo com o tipo, localização anatómica, a sua distribuição vascular e etiologia.

A Organização Mundial de Saúde (2009) distingue três tipos de AVC: isquémico, de hemorragia intracerebral e de hemorragia subaracnoide.

O **AVC isquémico** é causado por oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo formado diretamente no local da oclusão (AVC isquémico trombótico) ou noutra parte da circulação, que segue pela corrente sanguínea até obstruir artérias no cérebro (AVC isquémico ou embólico).

A **hemorragia intracerebral** é caracterizada pelo sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral. Pode ser mais prevalente nos países em desenvolvimento, possivelmente devido a dieta, atividade física, tratamento inadequado de hipertensão arterial e predisposição genética.

A **hemorragia subaracnóide** é caracterizada por uma hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnóide. Os sintomas característicos são ocorrência súbita de cefaleia muito intensa e geralmente comprometimento da consciência.

Quando as células deixam de receber oxigénio e nutrientes, estas cessam temporariamente as suas funções ou morrem. Esta morte resulta em necrose da área afetada, dando origem a enfarte cerebral.

O tecido nervoso é desprovido de reservas sendo totalmente dependente no que diz respeito ao aporte sanguíneo, pois é devido a este que as células nervosas se mantêm ativas e o seu metabolismo depende de oxigénio e da glicose. A interrupção do aporte numa determinada área do cérebro resulta numa diminuição ou paragem da atividade funcional dessa área, no entanto, se a mesma for inferior a 3 minutos, a alteração é reversível e a vítima atingida pode restituir-se praticamente na totalidade (Ricardo, 2012).

Consequentemente, após o AVC, ainda prevalecem células excedentes pelo que se a pessoa for tratada atempadamente e adequadamente, muitos dos movimentos perdidos podem ser recuperados.

A incapacidade gerada vai depender das deficiências reportadas ao nível das estruturas e funções do corpo, das limitações da atividade e restrição da participação encontradas. Apesar dos inúmeros avanços ao nível da prevenção e intervenção no AVC, este continua a ser a condição mais prevalente e com maior impacto na sociedade, sendo classificado como a doença crónica mais incapacitante (Costa, 2009).

A principal característica de um AVC é o desenvolvimento súbito e catastrófico de um défice neurológico, sendo a hemiplegia o sinal clássico e mais frequente de um AVC. A maioria dos doentes apresenta, numa primeira fase, perturbações de consciência, que podem variar desde a sonolência até ao coma, no entanto as alterações resultantes destas lesões poderão ser mais ou menos graves, em consonância com o grau de deficiência e incapacidade resultantes (Martins, 2006).

Os doentes acometidos por um AVC passam por quatro etapas distintas e em alguns casos sobreponíveis: a fase aguda até à estabilização dos sintomas; a fase intermédia, que pode começar 24 horas após o AVC; a fase da alta ou transferência; a fase de reintegração, sempre que possível, na sociedade e no mundo profissional, efetuando as necessárias adaptações.

Pode-se perceber no quadro 1 as manifestações clínicas do AVC, segundo os territórios vasculares.

Quadro 1 - Manifestações clínicas do AVC segundo os territórios vasculares.

TERRITÓRIO CAROTÍDEO	TERRITÓRIO VÉRTEBRO BASILAR
Artéria Central da Retina Cegueira ipsilateral; Amaurose fugaz ipsilateral.	Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos Os quadros são múltiplos, dependendo das combinações das zonas afetadas. Os sintomas e sinais mais frequentes, são: desequilíbrio, ataxia, nistagmo, diplopia, parésia movimentos oculares conjugados, disartria, disfagia, soluços, coma, parésias e/ou alterações da sensibilidade
Artéria Cerebral Anterior Síndrome Frontal Parésia do membro inferior contralateral; Afasia Transcortical (hemisfério esquerdo).	Artéria Cerebral Posterior Hemi-ansopia e Hemi-hipostesia contralateral; Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo); Agnosia para cores (hemisfério esquerdo); Agnosia visual (hemisfério esquerdo); Prosopagnosia (hemisfério direito).
Artéria Coroideia Anterior Hemi-hipostesia contralateral; Hemi-ansopia contralateral.	Hemorragia Subaracnoideia Cefaleia súbita e intensa, ao esforço, náuseas, vômitos, sinais meníngeos.
Artéria Cerebral Média - Se todo o território: Hemiparésia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglet (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia - Ramos antero-superiores: hemiparesia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia, alexia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglet (hemisfério direito.); - Ramos postero-inferiores: afasia fluente (hemisfério esqu.), alexia, agrafia, apraxia; (hemisfério esquerdo.) e neglet (hemisfério direito) e quadrântopsia contralateral; - Ramos profundos: hemiparesia e hemihipostesia contralateral.	Hemorragia intracerebral - Hemisfério profundo: hemiparesia contralateral de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), neglet (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia, náuseas e vômitos, deterioração progressiva da vigília. - Hemisférica Lobar: variável consoante o hemisfério e lobo afetado, mais frequente a hemi-ansopia, neglet, défices visuo espaciais, cefaleias. - Cerebelo: Náuseas e vômitos, cefaleias, impossibilidade de andar, desequilíbrio, vertigem. - Protuberância: tetraparésia, pupilas mióticas (punctiformes), coma.

Fonte: FERRO, José e PIMENTEL, José - **Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento**. Lisboa: Lidel, 2006.

1.3. AVC – Fatores de risco

Portugal é o país da União Europeia com a taxa mais elevada de mortalidade por AVC (Martins, 2006), favorecida pela prevalência de hipertensão arterial (HTA) com incidência em cerca de 50% dos casos (Ricardo, 2012), provocada pelos descuidos

alimentares, o abuso do álcool, a obesidade, o *stress* excessivo, o tabagismo e atitudes como a ausência de atividade física que levam ao sedentarismo. A elevada prevalência de fatores de risco nível nacional, implica a necessidade de dedicar uma especial atenção à sua prevenção, detecção e correção (Branco e Santos, 2010). O risco individual de desenvolver um AVC depende dos fatores de risco, que podem ser de origem genética ou da adoção de estilos de vida mais ou menos saudáveis, por isso importa conhecê-los, de modo a prevenir os que eventualmente poderão ser modificáveis, como é o caso da hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e álcool (Ferro, 2006).

Segundo Martins (2006) os fatores de risco aumentam a probabilidade de um AVC, porém muitos deles podem atenuar-se com tratamento médico ou com a alteração dos estilos de vida. Neste sentido, a associação de diversos fatores de risco tem um efeito aditivo e ao potencializarem-se reciprocamente resultam no sinergismo do risco, dificultando a avaliação de cada um. Assim, quanto maior for o número de fatores de risco, maior é a probabilidade de ocorrência de AVC, logo a melhor maneira de o prevenir é reduzi-los, atuando na sua identificação precoce e intervenção, promovendo hábitos de vida saudáveis e políticas de ensino sobre o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas que indicam a instalação de um AVC (Marques, 2007).

Ferro (2006) classifica os fatores de risco para a ocorrência de AVC em fatores de risco modificáveis e não modificáveis que passamos a descrever de seguida.

1.3.1. Fatores de risco modificáveis

De acordo com a Ferro (2006) os fatores de risco modificáveis que mais contribuem para a ocorrência de AVC é a HTA. Para este autor existe uma relação evidente entre os valores tensionais e a incidência elevada do AVC, sendo por esse motivo a HTA considerada o principal fator de risco modificável, embora existam outros como iremos discriminar.

Relativamente à **hipertensão arterial** é um dos principais problemas nos países desenvolvidos, atingindo aproximadamente 1000 milhões de pessoas em todo o mundo e prevê-se que, no futuro, a sua prevalência vá aumentar notavelmente, se não forem tomadas medidas de prevenção infalíveis e abrangentes (Branco e Santos, 2010).

O **tabagismo** é considerado a segunda causa, em termos mundiais, de mortalidade atribuível a fatores de risco no AVC, na medida em que aumenta o risco de incidência deste duas a quatro vezes, podendo contribuir até 12 a 14% das mortes (Ferreira, Pita, Ferreira, Rodrigues e Cruz, 2006). Para além disto, ao fim de cinco anos de cessação tabágica, o risco de um ex-fumador sofrer um AVC é idêntico ao de quem nunca fumou (Ferro e Pimentel, 2006).

No que diz respeito à **diabetes** a incidência desta doença associada ao AVC é menor do que a HTA, devido à menor prevalência da diabetes. No entanto, a diabetes aumenta o risco de AVC cerca de duas a três vezes (Ferro, 2006). São também fatores de risco para AVC a tolerância anormal à glicose, o hiperinsulinismo e o aumento da resistência à insulina (Ferro, 2006).

Em concordância com Martins (2006), não existem evidências de que o tratamento da diabetes *mellitus* altere o risco de AVC, contudo os níveis elevados de glicemia em caso de lesão isquémica agravam a extensão dos enfartes.

Barbosa (2012) realça ainda que a predominância da diabetes *mellitus* tem vindo a aumentar, acompanhando o rápido crescimento da obesidade na população, sobretudo a acumulação de gordura na região abdominal.

Assim, a **diabetes mellitus** assume-se como um fator de risco relevante para o desenvolvimento da doença cerebrovascular, especialmente nos AVC's isquémicos trombóticos devido a alteração da hemodinâmica cerebral, pela hiperglicemia e por interagir com outros fatores de risco como a HTA e hipercolesterolemia.

Relativamente ao **alcoolismo** existe uma relação entre o álcool e o risco de AVC, sendo este três vezes maior em indivíduos com consumo de álcool frequente, devido a uma maior coagulabilidade do sangue (Branco e Santos, 2010). Segundo este autor o seu consumo exagerado está associado a disritmia cardíaca e a cardiopatia que, por sua vez, podem provocar êmbolos ou hipotensão. Este pode também levar ao aumento da pressão sanguínea, aumentando o risco de doença coronária, favorecendo a aterosclerose da grande artéria cerebral. O alcoolismo, segundo Ferro e Pimentel (2006), tem uma curva de risco em J, em que a ingestão de quantidades moderadas de álcool até 3 unidades/dia pode ser

inócuo, enquanto as quantidades excessivas, mais do que 5 unidades/ dia, aumentam o risco.

Quanto à **hipercolesterolemia**, a Organização Mundial de Saúde (2009) notifica que a hipercolesterolemia não está muito evidente como fator de risco para AVC, encontrando-se esta situação em análise. Porém, existem evidências de que níveis mais baixos de colesterol total poderiam estar associados a um menor risco de AVC isquêmico, mas também poderiam ser acompanhados de maior incidência de AVC hemorrágico. Também Ferro (2006) refere que alguns estudos mostraram que valores altos de colesterol aumentam o risco de AVC isquêmico e que valores muito baixos estão associados a um aumento do risco de AVC hemorrágico.

Para Menoita, Sousa, Alvo e Vieira (2012) a probabilidade das pessoas com colesterol total superior a 240 mg/dl de desenvolverem AVC isquêmico é o dobro do que as que têm o colesterol total inferior a este valor.

1.3.2. Fatores de risco não modificáveis

Segundo Ferro (2006) os fatores de risco não modificáveis que mais contribuem para a ocorrência de AVC são a idade, o sexo e antecedentes familiares.

Relativamente à **idade**, Rocha (2008) refere que com o aumento da idade, há uma maior probabilidade de AVC, ou seja indivíduos em faixas etárias mais avançadas são mais afetados por AVC comparativamente aos mais novos. Martins (2006) também refere que o fator idade é o mais importante e apesar de existirem casos de AVC em adultos jovens ou mesmo até em crianças, a maior prevalência é a partir dos 50 anos, duplicando ou triplicando por cada 10 anos de avanço na idade.

Como já foi referido, uma vez que a incidência de AVC aumenta com a idade, esta é um fator a ter em consideração, já que 50% dos casos ocorre em doentes acima dos 75 anos e apenas 25% dos AVC's ocorrem abaixo dos 65 anos. Apesar do AVC afetar pessoas de todas as idades, três quartos dos novos episódios de AVC ocorrem em indivíduos com 65 anos ou mais (Martins, 2006), isto é, as pessoas com idade mais avançada são mais afetados por AVC que os indivíduos jovens, sendo que a incidência aumenta drasticamente

com a idade, atingindo importantes valores após os 55 anos, sendo a idade mais frequente para a ocorrência do AVC é entre os 65 e 85 anos (Ferro, 2006).

Relativamente ao fator **sexo**, segundo Martins (2006), o homem fica mais exposto ao AVC, sendo a sua incidência 1,25 vezes maior do que nas mulheres. As mulheres, por sua vez em idades mais jovens beneficiam de uma proteção hormonal mas, após a menopausa, dada a ausência dos estrogénios endógenos, ficam mais vulneráveis à doença, ou entre os 35 e os 44 anos, por uma a gravidez ou pelo uso de contraceptivos orais as mulheres têm maior risco de ter um AVC (Ferreira [et. al.], 2006).

O sexo é um fator a ter em consideração no que concerne à incidência de AVC, pois a sua distribuição é aproximadamente equitativa, variando consoante a fase da vida, incidindo mais frequentemente entre as mulheres com idades entre os 45 e 50 anos e com maior prevalência nos homens com mais de 50 anos (Sá, 2009).

No que diz respeito aos **antecedentes familiares** e de acordo com Martins (2006), os indivíduos com antecedentes familiares de AVC têm maior probabilidade de vir a sofrer um. Este facto pode estar associado à existência de fatores de risco hereditários, como é o caso da HTA e doença cardíaca, assim como a exposição a fatores ambientais e estilos de vida semelhantes. Também Ferro (2006) refere que o risco de AVC é maior numas famílias do que em outras, no entanto não é unânime se essa suscetibilidade é transmitida pelo lado materno ou pelo lado paterno.

Em modo de síntese, concluímos que o maior número de fatores de risco identificados numa pessoa traduz-se numa maior probabilidade de ocorrência de AVC. Como a mudança dos estilos de vida tem como objetivo diminuir a incidência de AVC em pessoas sem antecedentes conhecidos da doença (Menoita [et. al.], 2012) é fundamental a identificação dos fatores de risco e a intervenção de uma equipa multidisciplinar, no sentido de promover a adoção de hábitos de vida saudáveis, prevenindo novos episódios e complicações (Menoita [et. al.], 2012).

1.4. AVC – Consequências

Cada hemisfério cerebral controla e supervisiona a atividade do lado oposto do corpo, sendo que qualquer lesão num dos hemisférios leva a uma incapacidade do lado

contralateral (OMS, 2003). Martins (2006) complementa referindo que as suas consequências derivam da área afetada, da gravidade da lesão e do estado de saúde geral do doente.

Conforme já foi referido, em Portugal, a principal causa de morte e de incapacidade é causada pelo AVC, que deixa graves sequelas, não só a nível físico, mas também a nível psicológico, emocional, social e familiar (Carvalho, 2009). Isto é reforçado por Sá (2009), quando refere que a doença vascular cerebral a nível nacional é a principal causa de morte e a principal causa de incapacidade e dependência.

De facto, um terço dos doentes que sobrevivem a um acidente vascular cerebral agudo ficam com incapacidade e 10% ficam incapacitados de viver na comunidade, necessitando dos cuidados de terceiros, em geral devido a uma combinação de falta de apoios sociais e incapacidade grave, muitas vezes incluindo demência (Pereira e Barros, 2004).

Como já foi referido, um AVC, dependendo da sua tipologia (isquémico ou hemorrágico), pode causar graves alterações neurológicas, de acordo com o défice neurológico, do tamanho, da localização da lesão e da quantidade de fluxo sanguíneo colateral.

As limitações provocadas pelo AVC manifestam-se de modo diferente em cada doente, sendo que estas dependem de vários fatores: a área do cérebro atingida; a extensão da lesão; o estado geral de saúde e as características individuais do paciente; o contexto familiar; as morbilidades prévias associadas. No entanto, não se deve descurar a importância dos problemas secundários, com destaque para o isolamento social, a diminuição da participação em atividades de lazer, a demora no retorno ao trabalho, a ansiedade e a depressão (Barbosa, 2012). Segundo Sá (2009), mais de metade dos doentes que sofreram um AVC apresenta ainda depressão, que tende a aumentar com o tempo, assim como defeitos cognitivos, cujo risco de ocorrência deriva de perturbações de linguagem e de comunicação.

Assim, é possível descrever sucintamente vários tipos de défices aos doentes que sofrem um AVC, dos quais se destacam:

✓ **Perda do controlo voluntário dos movimentos normais**

A função vital alterada que todos os pacientes de AVC experimentam é a perda do tônus muscular normal do lado lesado, não podendo realizar movimentos controlados normais. O tônus muscular pode ser aumentado (espasticidade ou hipertonia), diminuído (flacidez ou hipotonia) ou ambos. Esta ausência de movimento voluntário limita a capacidade do indivíduo para realizar as AVD. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003) e Martins (2006) se não for tratada de modo correto e com precocidade, pode conduzir a outros problemas secundários como escaras, infeções respiratórias, obstipação e formação de coágulos de sangue que podem formar-se nas pernas podem progredir para os pulmões e causar embolia pulmonar.

A dor no ombro e braço é frequente e pode ser devido a luxação ou subluxação do ombro, causada pelo desequilíbrio muscular, padrão de movimentos inadequados, disfunção articular ou diminuição da sensação. Esta ocorre devido à fraqueza muscular e quando a estabilidade da articulação gleno-umeral fica afetada. A prevenção da subluxação faz-se usando quatro estratégias: avaliação do alinhamento entre a caixa torácica, escápula e posicionamento umeral; a reeducação precoce dos padrões tronco/braço, na posição sentado e em pé; a prevenção do alongamento da cápsula do ombro; o apoio e posicionamento, ao levantar e caminhar (Barbosa, 2012).

O edema das extremidades plegicas é outra complicação que se desenvolve após AVC, como consequência da perda do controle de movimento, além de outras decorrentes da hospitalização, tal como infiltrações intravenosas e posicionamento dos membros (Barbosa, 2012).

✓ **Dificuldade de deglutição, alterações da fala e problemas de compreensão**

Segundo Martins (2006) e a Organização Mundial de Saúde (2003), após um AVC, podem ser afetados a memória, a concentração e o sentido de conceitos espaciais. Assim a avaliação das alterações da comunicação e linguagem é essencial, efetuando-se durante a elaboração da entrevista inicial, com uma avaliação global do comprometimento da comunicação, por perda da produção ou compreensão da palavra falada, da escrita ou de ambas (Barbosa, 2012). Pode resultar do AVC perda da produção ou compreensão da

palavra falada, da escrita ou de ambas. A desordem de comunicação mais grave é a afasia de Wernicke, ou de compreensão, em que o doente entende muito pouco do que lhe é dito e por isso não consegue falar com lógica, não se lembra das palavras corretas e usa palavras sem sentido (Barbosa, 2012). Conforme referido pela Martins (2006) e a Organização Mundial de Saúde (2003) o doente pode ter alterações da fala por articulação imperfeita das palavras, alteração que é denominada por disartria, na qual o doente compreende as palavras, contudo, devido a fraqueza, diminuição da sensação ou paralisia dos músculos do lábio, língua ou laringe, tem dificuldade em as pronunciar.

Segundo Martins (2006) e a Organização Mundial de Saúde (2003), a diminuição da força muscular da face, da mandíbula e da língua causa dificuldade para mastigar e deglutir (disfagia que afeta 10% a 16% dos doentes, pode variar de grave a muito grave e por norma a recuperação ocorre nas primeiras dez semanas), podendo ocasionar fome e desconforto.

✓ **Incontinência**

De acordo com Martins (2006) e a Organização Mundial de Saúde (2003) é comum ocorrer incontinência vesical e intestinal, complicações que tendem a melhorar e até mesmo retornar à função normal.

A incontinência urinária constitui um dos aspetos físicos que mais afeta a qualidade de vida do doente com AVC. Às questões da eliminação intestinal também estão normalmente presentes a incontinência e mais frequentemente obstipação (Barbosa, 2012).

✓ **Problemas sensoriais**

Segundo a Martins (2006) e a Organização Mundial de Saúde (2003) após AVC, o indivíduo pode ter dificuldade em saber onde estão os seus membros e em que posição se encontra o seu corpo. Dependendo da parte do cérebro lesado, podem ocorrer ainda alterações no tato, visão, audição, fala, olfato e equilíbrio.

✓ **Problemas psicológicos e emocionais**

Depois do acontecimento, segundo a Martins (2006) e a Organização Mundial de Saúde (2003) o indivíduo pode apresentar alterações como depressão, ansiedade e labilidade emocional ao aprender a lidar com a sua nova condição. Estas alterações podem

não estar associadas ao diagnóstico mas sim às transformações que este causou na sua vida. A perda do controle das emoções, com presença de choro fácil (embora o choro excessivo, inadequado ou incontrolável geralmente seja um resultado de lesão cerebral), permite distingui-lo da expressão de tristeza resultante da depressão devido aos défices, pela facilidade com que o choro pode ser contido. Todas estas alterações levam a problemas psicológicos e emocionais, depressão, ansiedade ou alterações do humor, devido às dificuldades na aprendizagem para lidar com a situação (Barbosa, 2012).

✓ **Consequências sociais**

Após AVC, podem ocorrer alterações mais ou menos relevantes nos relacionamentos entre o doente e a família, conduzindo ao isolamento no seio familiar e na comunidade. Pode haver ainda uma queda no rendimento familiar (Barbosa, 2012).

1.5. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente com AVC

Num sistema de saúde adaptado às necessidades reais e centrado nos cidadãos, quando existe um problema de saúde, particularmente um AVC, que impede de manter uma vida independente de terceiros, devido às incapacidades resultantes, todos devem ter ao acesso a cuidados de qualidade e necessários, no *timing* ideal e com equidade (Barbosa, 2012). Após acometimento de AVC, o programa de reabilitação deve iniciar-se o mais precocemente possível, isto é, assim que o doente se encontre clinicamente estável, integrando uma equipa multidisciplinar e a sua família (Marques, Oliveira, e Figueiredo, 2009).

Na fase aguda do AVC, pode-se obter ganhos funcionais que são inerentes ao processo de recuperação espontânea, que se devem à redução do edema cerebral, absorção do tecido lesado e aumento do fluxo vascular local (Barbosa, 2012). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003) a evolução funcional dos doentes com AVC não é de todo linear, podendo relacionar-se com a qualidade do tratamento de reabilitação.

É neste sentido que, após esta fase aguda, torna-se importante a rápida integração numa equipa multidisciplinar, uma vez que o caminho a percorrer por um doente com AVC é, por vezes, longo e sinuoso, contudo o trabalho em equipa e a intervenção precoce tornam-se uma mais-valia para a sua recuperação/reabilitação (Marques [et. al.], 2009).

Diz (2012) reforça que a reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento pós-AVC. Esta deve ser iniciada o mais precocemente possível, logo que se verifique estabilidade hemodinâmica do doente, uma vez que pode reduzir o número de doentes que ficam dependentes, além de prevenir simultaneamente as complicações resultantes da imobilidade.

Para que as funções sejam alcançáveis, é necessário ter em conta vários fatores, nomeadamente o grau de recuperação neurológica possível de atingir, a prevenção de complicações secundárias, a capacidade de cada doente para readquirir as capacidades, a precocidade da reabilitação após o acontecimento e a persistência e determinação para atingir objetivos a curto e longo prazo. O profissional de saúde tem que estar atento a todos estes fatores, pois é a partir destes que é possível traçar um programa de reabilitação apropriado para o doente (Carvalhido e Pontes, 2009).

A reabilitação é uma prática que foi reconhecida nos Estados Unidos da América como especialidade de Enfermagem em 1964 e tem sido definida como o diagnóstico e tratamento da resposta humana a problemas de saúde atuais ou potenciais, que originam alterações nas habilidades funcionais e no estilo de vida. É um processo direccionado para promover o mais elevado nível de funcionalidade dos doentes no seu meio, onde a capacidade funcional reflete a capacidade de adaptação ao meio envolvente (Ricardo, 2012).

A reabilitação em pessoas que sofreram um AVC é vital para as ajudar a readquirir a função física, psicossocial e profissional. Isto irá permitir aos doentes que sejam participantes produtivos da vida familiar e comunitária (Carvalhido e Pontes, 2009) e o processo de reabilitação compreende um conjunto de procedimentos, visando restabelecer o máximo da função perdida pelo doente, potenciando as capacidades funcionais e intelectuais remanescentes, trabalhando a neuroplasticidade, reeducando as funções motoras e cognitivas, de acordo com as especificidades de cada indivíduo, família e/ou cuidadores, ao longo da adaptação e o uso de compensações e estratégias, que forem sendo necessárias usar no dia-a-dia, de modo a possibilitar uma melhor qualidade de vida e que permitam saber lidar com as situações com que se for deparando (Gonçalves, 2012).

Segundo Barbosa (2012) a neuroplasticidade é a capacidade do cérebro se adaptar ou usar adaptações celulares para aprender ou reaprender funções perdidas, em consequência de morte celular por traumatismo ou doença em qualquer idade, podendo depender do ambiente e dos danos no sistema. O cérebro reorganiza-se e forma novas conexões neurais, existindo a possibilidade de neurónios lesados se renetarem de várias maneiras e de neurónios intactos formarem novas conexões que permitam a reabilitação da função. A recuperação da pessoa com AVC depende da reabilitação neuropsicológica, que se trata de um processo que visa recuperar ou estimular as capacidades funcionais e cognitivas do doente, ou seja, reconstituir os seus instrumentos cognitivos (Cancela, 2008) e o sucesso no processo de reabilitação não passa apenas por melhorar o seu estado funcional, mas é igualmente importante intervir na diminuição de sintomas depressivos e na manutenção das relações sociais que o doente estabelece (Monteiro, 2011). A reabilitação pode assim favorecer a reaprendizagem motora, processo neurobiológico no qual os organismos modificam temporária ou definitivamente as suas respostas motoras, melhorando o seu desempenho, como efeito do treino sistemático. Durante este processo ocorrem alterações nas estruturas e funcionamento das células neuronais e das suas conexões, isto é, a aprendizagem promove modificações plásticas, com o crescimento de novas terminações sinápticas e de espículas dendríticas, aumento das áreas sinápticas funcionais, estreitamento da fenda sináptica, mudanças da conformação de proteínas recetoras e incremento de neurotransmissores. Em suma, a reabilitação só é possível graças à enorme capacidade do cérebro em aprender e mudar (Menoita [et. al.], 2012).

Com os avanços da medicina científica, tornou-se fundamental o desenvolvimento de práticas cada vez mais específicas, assegurando ao doente intervenções profissionais, cuja base assenta no conhecimento das várias partes do corpo e respetivas funções (Hesbeen, 2003). A reabilitação também acompanhou este avanço e pretende alcançar o melhor estilo de vida para cada doente, de acordo com as suas potencialidades, tendo como finalidade última a melhoria da qualidade de vida, mesmo quando as capacidades são reduzidas (Hesbeen, 2003).

Ao longo dos tempos, o termo reabilitação tem sido descrito numa série de respostas à deficiência, com intervenções e com a finalidade de melhorar a função corporal

ou até medidas mais abrangentes destinadas a promover a inclusão do doente no seio familiar e social, pois para alguns portadores de deficiência, a reabilitação é essencial para capacitar a vida educacional, laboral e social (World Health Organization, 2011). O programa de reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades do doente, a relação dos transtornos com o ambiente, a definição de objetivos de reabilitação, planeamento, implantação de medidas, além da mensuração dos seus efeitos (World Health Organization, 2011).

A reabilitação neurológica deve ser iniciada precocemente, ainda na fase hospitalar, e ter continuidade, posteriormente, em ambientes apropriados (Cacho, Melo e Oliveira, 2004). Quando a reabilitação é integrada numa assistência contínua, desde a entrada no hospital até à reabilitação na comunidade, possibilita melhores resultados clínicos e menores custos, já que os períodos de hospitalização serão reduzidos, diminuindo o grau de deficiência e melhorando a qualidade de vida (World Health Organization, 2011).

A mobilização e reabilitação precoce e intensiva adaptada à resistência física do doente, realizada pelo enfermeiro de reabilitação (e outros profissionais especializados), em equipas pluridisciplinares, num *continuum* bem coordenado, avaliando os ganhos e reorganizando os planos de reabilitação de acordo com os défices e com o apoio à alta precoce, demonstram ganhos efetivos ao nível da qualidade de vida, da diminuição dos défices, do tempo de internamento e de institucionalização, além de prevenir complicações (Barbosa, 2012).

O processo de reabilitação é sem dúvida fundamental, na medida em que permite aos doentes acometidos por AVC's maior qualidade de vida. Para que esta reabilitação seja bem-sucedida, o esforço e empenho dos profissionais de saúde assim como dos doentes vítimas desta mesma patologia é essencial (Ricardo, 2012).

Ao longo de todo o processo de reabilitação do doente com AVC, existem inúmeras variáveis que influenciam os resultados finais nos tratamentos, nos serviços de internamento e de apoio à alta e ainda nos profissionais que prestam cuidados, que dependendo das escolhas efetuadas, poderão provocar efeitos diversos. (Barbosa, 2012) Assim sendo, para que o processo de reabilitação seja eficaz, o profissional de saúde não se deve prender ao programa de reabilitação inicial, uma vez que, com o passar do tempo,

com a recuperação de funções neurológicas e a estabilidade clínica, é necessário adaptar os objetivos funcionais ao potencial do doente, que com uma evolução favorável se tornará mais tolerante ao programa de reabilitação, podendo-se introduzir e trabalhar gradualmente os autocuidados, a mobilidade, comunicação e cognição. Por outro lado, à medida que se vão integrando na vida familiar e social, devem ser incluídos objetivos de índole profissional e psicossocial. Sendo a família crucial em todo este processo de reabilitação, uma vez que é a grande responsável pela integração e readaptação do doente no domicílio, também esta deve fazer parte de todo o processo de reabilitação (Sampaio, Mancini, Gonçalves, Bittencourt e Miranda, 2005).

Resumindo, o doente acometido por um AVC pode apresentar diversas sequelas sensíveis à reabilitação, como as alterações da mobilidade por alteração da força, do tônus muscular, da função sensorial e do controlo postural, existindo várias técnicas ao nível do posicionamento, equilíbrio, indução de restrições, estimulação sensorial e atividades terapêuticas como rolar no leito, fazer a ponte, mobilizações, transferência, treino de marcha, exercícios com bola suíça e programa para o domicílio. Ao nível do membro superior, podem efetuar-se mobilizações dos dedos, punho, antebraço, cotovelo, ombro e ao nível do membro inferior, efetuar mobilizações dos dedos, da tibio-társica, do joelho, da coxo-femural (Menoita [et. al.], 2012). Este autor realça ainda que as AVD são parte integrante do dia-a-dia da pessoa, que afetada por um AVC, sofre uma perda de autonomia, na qual o enfermeiro de reabilitação deve atuar de modo a promover o máximo de independência, recorrendo sempre que necessário a material de apoio.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), alguns doentes terão uma recuperação quase completa de um AVC, enquanto outros podem ter dificuldades consideráveis durante um ano. Muitos fatores podem influenciar o resultado.

O objetivo geral da reabilitação é a obtenção do grau máximo de independência física e psicológica. Além da aquisição do maior grau de independência funcional, a reabilitação tem também como objetivos: a prevenção de complicações, como deformidades articulares, lesões da pele, dor, infeções respiratórias, obstipação e engasgamentos/asfixia; desenvolvimento de padrões anormais de movimento; prevenção do uso da compensação do lado não afetado; a devolução do doente ao seu meio social

com a maior qualidade de vida possível e com a máxima capacidade de participação (Barbosa, 2012).

Embora o grau de recuperação dependa da extensão e da localização do AVC, ela é muito influenciada pela qualidade do tratamento recebido no hospital e em casa. Isso inclui a prevenção e o tratamento de complicações (perturbações intestinais, contraturas, retrações, escaras, etc.), que podem aumentar o dano causado pelo AVC. As primeiras semanas imediatas são cruciais. Durante esse período, a Organização Mundial de Saúde em 2003 refere que é importante estimular e usar o potencial do próprio doente para a sua reabilitação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003) a motivação do doente e o apoio da família e de amigos também vão determinar o grau de recuperação. Alguém que esteja motivado para realizar atividades como comer, vestir-se e lavar a louça, poderá usar, nestas atividades, movimentos que ajudarão a sua recuperação. A Organização Mundial de Saúde (2003) complementa ainda que a qualidade do cuidado e o estímulo dos familiares podem realmente fazer uma grande diferença. Queremos com isto dizer que a motivação do doente e o apoio da família e/ou cuidadores também vão determinar o grau da recuperação da funcionalidade, pois se ao desempenharem as suas AVD, forem estimulados pela família à realização do auto cuidado, tal pode fazer a diferença, comparativamente com uma família que substitui o doente, pensando que é o melhor para lhe assegurar bons cuidados (Barbosa, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003) os doentes jovens têm maior probabilidade de recuperação do que os doentes com mais de sessenta anos de idade. Isto deve-se a problemas adicionais nos idosos (por exemplo, problemas cardíacos, circulatórios, respiratórios, psicológicos e familiares).

O mecanismo do AVC é complexo metabolicamente e a nível de instalação de défices. Tem início num período de choque cerebral, que pode variar de alguns dias a semanas; o tônus muscular fica flácido ou hipotónico; o movimento do lado contra lateral à lesão cerebral fica afetado, desde os músculos da face, da língua, do tronco e dos membros, que ficam com tônus diminuído (paresia) ou inexistente (plegia) (Barbosa, 2012).

A fase de recuperação começa entre a segunda e a sexta semana após o AVC, contudo a sua progressão tem várias etapas diferentes, a sua duração é incerta, tal como os resultados finais. A dificuldade de cada fase prende-se com a atuação de acordo com os planos de reabilitação, pelo que não se pode esperar que os resultados sejam iguais para tratamentos idênticos (Menoita [et. al.], 2012).

Segundo Menoita [et. al.] (2012) este processo desencadeia-se em três fases:

- Na primeira fase, persiste a hipotonia ou flacidez, com durabilidade de tempo variável, sendo a perda motora e funcional acompanhada de perda sensorial;
- Na segunda fase, embora permaneça um determinado grau de incapacidade, há a evolução para o tónus normal, os movimentos reiniciam-se, existem células cerebrais remanescentes que são capazes de assumir os movimentos perdidos;
- Na terceira fase, há a evolução para a hipertonia ou espasticidade, que ocorre primeiro no membro inferior. O tónus aumentado é observado particularmente nos músculos mais fortes do corpo ou anti gravíticos.

A Organização Mundial de Saúde (2003) refere que o padrão de espasmo característico do AVC é o ombro rodado para a frente e para baixo, com o braço virado para dentro, cotovelo em flexão, geralmente acompanhado por mão fechada, com a palma virada para baixo; pelve puxada para trás com a perna virada para dentro e pé pendente e virado para dentro, e encurtamento lateral do tronco.

Johnstone (1979) desenvolveu um programa de reabilitação para doentes vítimas de AVC. Este programa centra a sua atenção nos vários fatores que interferem na função motora e estabelece técnicas de tratamento direcionadas para o lado afetado, com a finalidade de reduzir a assimetria entre os hemicorpos (Diz, 2012).

Para esta autora, o primeiro passo na recuperação destes doentes é o posicionamento adequado, contrariando o padrão espástico (quadro 2), que deve ser mantido até à recuperação total. O doente deve ser posicionado em padrão antiespástico durante as 24 horas do dia, devendo em simultâneo ser feito ensino ao doente, se tal for possível, sobre as vantagens de manter este posicionamento (Diz, 2012).

Quadro 2 - Posicionamento do doente com AVC

Decúbito dorsal	Decúbito lateral para o lado afetado	Decúbito lateral para o lado menos afetado
<u>Cabeça/Pescoço</u> Colocar almofada de modo a alcançar as omoplatas	<u>Cabeça/Pescoço</u> Almofada mais alta do lado afetado para contrariar a inclinação lateral.	<u>Cabeça/Pescoço</u> Sem almofada ou com uma (o mais baixo possível).
<u>Membro superior afetado</u> Nivelar bem os ombros; Almofada a apoiar todo o ombro; Ligeira abdução do ombro com rotação externa; Cotovelo e punho em extensão; Supinação do antebraço; Dedos em extensão e abdução.	<u>Membro superior afetado</u> Membro apoiado no plano da cama; Ombro em flexão de 90°; Abdução com rotação externa do ombro; Extensão do cotovelo/punho e dedos; Supinação do antebraço; Abdução dos dedos.	<u>Membro superior afetado</u> Membro apoiado em almofada; Ombro em flexão de 90°; Cotovelo, punho e dedos em extensão; Antebraço em pronação; Dedos em abdução.
<u>Membro inferior afetado</u> Almofada desde a bacia até à região poplíteia permite a inclinação posterior da bacia; Ligeira flexão coxofemural e joelho corrige a rotação externa; Pé em dorsiflexão	<u>Membro inferior afetado</u> Membro apoiado no plano da cama; Ligeira flexão da coxofemural e joelho; Báscula posterior da bacia (retroversão); Pé neutro.	<u>Membro inferior afetado</u> Membro apoiado em almofada; Ligeira flexão coxofemural do joelho; Báscula posterior da bacia; Pé neutro

Fonte: adaptado de Menoita [et. al.]. **Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente.** Loures: Lusociência, 2012.

CAPITULO 2 - QUALIDADE DE VIDA

2.1- Qualidade de vida: definição e conceitos

A qualidade de vida tem merecido a atenção por parte da comunidade científica e Queiroz (2010) refere que o interesse em conceitos como “ padrão de vida “ e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos.

Ao longo dos tempos, foi-se constatando que o conceito de qualidade de vida evoluiu do cuidado pessoal com a saúde e boa forma física para tornar-se numa preocupação com a higiene e saúde pública, estendendo-se aos direitos humanos, laborais e dos cidadãos, à capacidade de acesso a bens materiais e preocupação da vida quotidiana e social das pessoas, incluindo a sua saúde (Martins, 2006).

A qualidade de vida sempre esteve entre os homens reportando-se ao interesse pela vida. Logo, é possível estabelecer que qualidade de vida não é algo a ser alcançado, um objeto de desejo da sociedade contemporânea que deve ser incorporado à vida a partir de esforço e dedicação individual, mas sim uma percepção que sempre esteve e sempre estará presente na vida do ser humano. O facto é que, a partir desse tipo de análise, todos os sujeitos têm qualidade de vida, não sendo esse um elemento a ser alcançado através de ações embutidas no padrão de boa vida da sociedade contemporânea; porém, o interessante para a vida de cada um é buscar uma boa qualidade frente às suas possibilidades individuais de ação (Almeida, Gutierrez e Marques, 2012).

A percepção da qualidade de vida está inerente ao valor implícito a questões de ordem concreta, que exercem influência direta sobre as possibilidades de ação do sujeito perante a própria vida, como formas de percepção, ação e expectativas individuais, como a definição do que é bom ou mau, que depende de diferentes referenciais ou pontos de vista (Almeida [et. al.], 2012). A preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou a um aumento natural da expectativa de vida. A qualidade de vida é também definida como a avaliação subjetiva da pessoa no que se refere ao grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios de vida (Martins, 2006).

Conforme refere Silva (2011), o conceito de qualidade de vida faz parte da linguagem comum atual, na medida em que as pessoas têm uma ideia do que é ter ou não qualidade de vida, expressa nas questões, nas condições e preocupações do quotidiano de cada um e da comunidade ou sociedade a que pertencem.

A qualidade de vida pode ainda ser percebida como a distância entre a aspiração pessoal e a sua concretização (Queiroz, 2010). Nesse sentido, o ajustamento das aspirações para as possibilidades reais da pessoa pode ser a chave para uma boa qualidade de vida. Este conceito, para Costa (2009) tem sido diferenciado sob várias vertentes, abrangendo o bem-estar físico, psicológico e espiritual, além de aspetos sociais, económicos e políticos, enquanto para Queiroz (2010) a qualidade de vida deve ser entendida de forma multidimensional. De facto, segundo o autor, uma pessoa terá boa qualidade de vida se tiver boas condições de realizar as atividades físicas necessárias para o bom funcionamento da vida diária, se as suas funções vitais estiverem preservadas, se for capaz de manter um estado psicológico/emocional adequado para enfrentar as situações da vida e, finalmente, se puder desenvolver adequadamente a sua vida íntima e as suas relações sociais.

Na opinião de Ferreira (2008) a definição de qualidade de vida em saúde abrangem dois conceitos centrais a subjetividade, que enfatiza a necessidade de obter informação direta da pessoa em questão, permitindo respostas positivas e negativas ao tratamento, e a multidimensionalidade, pois reforça a importância de uma total valorização do impacto da doença e tratamento, bem como uma avaliação em vários domínios importantes da vida, mesmo que estes não afetem diretamente a condição específica ou o tratamento. Contudo, ainda há consenso relativamente à definição de qualidade de vida, pois tem-se verificado que tem sido descrita em termos objetivos, tais como rendimentos, condições de habitação, função física, trabalho, estatuto socioeconómico, redes de suporte e em termos subjetivos como atitude, perceções, aspirações e frustrações. A qualidade de vida, mais que uma definição conceptual, pode ser analisada em função das dimensões que integra, surgindo o seu conceito ligado à definição e operacionalização das suas componentes básicas. Etimologicamente a palavra “qualidade” reporta-nos para a excelência de valores humanos como felicidade, sucesso, riqueza, saúde e satisfação, enquanto “de vida” refere-se aos aspetos essenciais da existência humana. Juntas estas palavras formam o conceito

qualidade de vida que pode ser entendido como uma meta comum a atingir na garantia de uma vida ótima e com igualdade de oportunidades para todos os cidadãos (Martins, 2006).

2.2 – Qualidade de vida relacionada com saúde

A perceção de qualidade de vida está intimamente, mas não integralmente, ligada à área da saúde (Almeida [et. al.], 2012). Considera-se a qualidade de vida relacionada com a saúde no sentido de um estado subjetivo de saúde, estando estes conceitos centrados na avaliação subjetiva do doente e ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente (Rua, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006) para estudar a qualidade de vida no contexto de saúde, é importante conhecer a definição do conceito de saúde que é definida como “um estado de amplo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças e enfermidades”.

A saúde é uma dimensão comum a todos os conceitos de qualidade de vida, que surge como uma das dimensões determinantes do conceito e da investigação da qualidade de vida. É neste sentido que se relaciona a qualidade de vida com o efeito funcional de uma doença e do tratamento, tal como é percebido pelo doente. Assim, é compreensível que, neste contexto, a qualidade de vida se relacione especificamente com a saúde e a capacidade do doente e seus familiares se ajustarem a uma doença específica e às suas sequelas, isto é, ao impacto da doença na sua vida quotidiana, tal como é percecionada ao nível dos aspetos relacionados com a sintomatologia depressiva, da mobilidade, dor, sono, reações emocionais, energia e isolamento social. Avaliações de qualidade de saúde são cada vez mais incorporadas às práticas do sector da saúde. Nos últimos 30 a 40 anos, a qualidade de vida tem emergido como um atributo importante da investigação clínica e da formulação de políticas de saúde (Queiroz, 2010).

A relação entre saúde e qualidade de vida, para além de depender da cultura e da sociedade, depende também de ações pessoais e programas públicos ligados à melhoria da condição de vida da população. O estado de saúde é um indicador das possibilidades de ação da pessoa dentro do seu grupo, apresentando-se como um facilitador para a perceção de um bem-estar positivo ou negativo. É influenciado pelo ambiente, pelo estilo de vida,

pela biologia humana e pela organização do sistema de atenção à saúde em que o sujeito está inserido (Almeida [et. al.], 2012).

Assim sendo, a qualidade de vida é indicada por um estado de saúde e por uma variedade de domínios, tais como, meio ambiente, recursos económicos, relacionamentos, tempo para trabalho e lazer (Queiroz, 2010). São identificadas duas tendências na conceituação do termo qualidade de vida: um conceito genérico e outro ligado à saúde. No que diz respeito ao conceito genérico a qualidade de vida apresenta uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções. No entanto, quando a qualidade de vida é relacionada à saúde engloba dimensões específicas do estado de saúde. Um aspeto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do conceito de qualidade de vida é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de patologias específicas (Queiroz, 2010).

2.3 – Impacto do AVC na qualidade de vida do doente

O AVC é a maior causa de morte em Portugal e é certamente a maior causa de incapacidade de longa duração e de diminuição da qualidade de vida (Silva, 2007). A maioria dos resultados da investigação tem-se centrado nas questões da mortalidade e da morbilidade dos AVC, no entanto estudos examinando a qualidade de vida em doentes com AVC têm mostrado que este tem um efeito negativo a curto e a longo prazo sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde (Costa, 2009).

A avaliação da qualidade de vida após AVC e o reconhecimento de que a sua avaliação tem de ser perspectivada segundo a perceção do próprio doente tem sido bastante considerada, sendo, porém, ponderadas algumas vantagens para a utilização de instrumentos próprios para a sua avaliação. Estas facultam uma avaliação específica face ao impacto do AVC e face às suas consequências (Malheiro, Nicola e Pereira, 2009).

A revisão da literatura relacionada com a qualidade de vida no AVC, aponta para necessidade de se considerar as características desta doença, os seus impactos na vida pessoal, familiar e social e, finalmente, as características sócio - demográficas dos doentes

e seus prestadores informais de cuidados, daqui em diante designados por prestadores de cuidados (Queiroz, 2010).

As tarefas de prestação de cuidados têm tendência a tornarem-se um esforço de longa duração, se associarmos o facto de as pessoas viverem mais tempo, mas potencialmente com mais incapacidades. Estes aspetos têm merecido a atenção das políticas nacionais de saúde, sobretudo aquelas que dizem respeito aos cuidados continuados aos doentes crónicos e, especificamente, às repercussões sócio – familiares do AVC. Após o AVC verifica-se uma deterioração das condições sociais das famílias, sendo a qualidade de vida ou satisfação com a vida gravemente afetada. A dinâmica familiar tem tendência a alterar-se relacionando-se por outro lado com uma necessidade de alteração dos papéis sociais desempenhados, de tal forma que passam a ser os cônjuges e/ou os filhos a cuidarem dos doentes, num momento em que a maioria deles tem responsabilidades no que respeita ao trabalho e a outros domínios da vida familiar e social. A relação com o cônjuge é mais afetada, pois este terá de tomar para si todas as responsabilidades referentes à gestão da casa e às atividades sociais do quotidiano (Queiroz, 2010).

O acometimento de AVC, associado à co morbilidade e ao envelhecimento populacional e as mudanças das características das famílias, irão provavelmente fazer aumentar as exigências feitas pelos prestadores de cuidados relativamente aos seus serviços, fazendo aumentar a responsabilidade da comunidade, no que se refere à diversificação e aprofundamento dos serviços de apoio sociais e sanitários a fornecer pós - alta no domicílio (Queiroz, 2010).

O AVC é uma ameaça para a saúde e bem-estar das pessoas, não só pela sua elevada incidência, mas também pela mortalidade e morbilidade que provoca, assim como pelas alterações a nível da funcionalidade, que implicam uma perda substancial no nível de qualidade de vida (Martins, 2006), ou seja, os doentes que apresentem sequelas neurológicas podem ter o desempenho funcional alterado, com consequências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e, sobretudo, na qualidade de vida (Banja, Tsukamoto, Silva e Camargo, 2012).

Ainda relativamente às consequências negativas para o doente acometido por AVC,

Almeida [et. al.] (2012), Sá (2009) e Tubone (2007) referem que o AVC afeta consideravelmente várias dimensões da qualidade de vida. Este facto impõe a necessidade de avaliar os doentes de forma partilhada, interdisciplinar, tendo em vista a sua reabilitação multidimensional, caso haja recursos humanos e materiais. O agravamento da dependência nas AVD, alterações do humor, rutura na interação social e interferência na sua vida profissional podem resultar na diminuição da sua qualidade de vida, levando a que esta se tenha transformado num objeto prioritário dos serviços de cuidados de saúde e tem vindo a ser cada vez mais integrada na pesquisa clínica como um resultado importante da doença e tratamento (Santos, 2010).

Assim, o processo de reabilitação é sem dúvida fundamental, pois permite aos doentes, acometidos por AVC, mais qualidade de vida (Ricardo, 2012). O enfermeiro desempenha um papel fundamental no processo de reabilitação de um doente com AVC, uma vez que este profissional de saúde realiza tarefas fulcrais para o restabelecimento da qualidade de vida. Os enfermeiros compreendendo os objetivos do processo de reabilitação, percecionam-se como agentes de reabilitação, isto é, estão despertos para a necessidade da implementação de um programa de reabilitação imediato que vise não só a primeira hora, a prevenção de sequelas e a recuperação física, mas ainda a reintegração familiar e social, prestando na sua prática diária cuidados que visam estes mesmos objetivos. Para que esta reabilitação seja levada a cabo com sucesso requer esforço e empenho dos profissionais de saúde assim como dos doentes vítimas desta mesma patologia. A enfermagem de reabilitação está vocacionada para a aplicação precoce de técnicas de reabilitação específicas com o intuito de evitar sequelas e complicações inerentes à situação clínica e imobilidade, aproveitando ao máximo as capacidades para o restauro da função e diminuição de incapacidades, contribuindo para uma rápida reintegração do doente na família e na comunidade e consequente redução dos dias de internamento (Ricardo, 2012).

Pelo exposto consideramos que o enfermeiro de reabilitação poderá constituir-se como uma mais-valia na avaliação e melhoria dos resultados, conseguindo melhores níveis de capacidade funcional, promovendo a qualidade de vida e a satisfação (Menoita [et. al.],

2012). É através de “pequenas coisas” que o enfermeiro de reabilitação contribui para dar sentido à vida e alimentar a esperança (Hesbeen, 2003).

CAPITULO 3 – ORGANIZAÇÃO E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS AO DOENTE COM AVC

A necessidade de continuidade dos cuidados tem trazido alguma inquietação aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros. Esta preocupação encontra resposta na procura pela compreensão das várias dimensões da continuidade dos cuidados (Couto, 2012).

Na sequência do documento da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares – Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral, (2006), estão previstas respostas imediatas e organizadas para o tratamento do AVC, respostas estas complementadas com recursos de reabilitação após a fase aguda.

Atualmente os serviços de saúde têm já uma grande preocupação no acompanhamento dos doentes/famílias no momento da alta, incluindo a família na equipa que define o plano de tratamento/reabilitação do doente. Num passado recente, eram as instituições de saúde, concretamente os hospitais, que dominavam a prestação de cuidados de saúde às populações em geral e em particular às famílias. Como consequência, os internamentos eram longos, não isentos de complicações, mas às famílias não eram exigidas as responsabilidades do cuidar, pois estas estavam a cargo exclusivo dos profissionais de saúde. Quando os doentes tinham alta, sempre que era caso disso, estavam capacitados para o autocuidado ficando desta forma as famílias mais libertas desta missão (Diz, 2012).

Assim, a Rede introduziu uma nova dinâmica em relação à situação atual, criando um sistema com o objetivo de adequar as Unidades e as equipas às necessidades das pessoas. Neste sentido, e segundo o Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de Junho, os recursos humanos regem-se por padrões de qualidade consubstanciados na formação inicial e contínua, ainda que a inexistência de referência ao rácio de profissionais/doentes possa originar alguma ambivalência na gestão destes recursos.

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de modo a dar resposta às crescentes necessidades de cuidados de saúde e apoio social, que apesar de afetarem todos os grupos etários, são mais acentuados no período do envelhecimento, que tem as morbilidades próprias, como perda

de funcionalidade, diminuição das defesas e aumento da prevalência de AVC, que é a maior causa de défices e de referenciação à rede, no escalão etário acima dos 65 anos.

Na fase inicial da implementação da Rede, a (UMCCI) Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007) desenvolveu um estudo de monitorização das experiências piloto. Conclui-se com este estudo que o trabalho em equipa e a transdisciplinaridade como valores chaves na RNCCI; o maior investimento na capacitação dos profissionais, face ao paradigma da Rede, as metodologias de trabalho e o cuidado geriátrico; o aperfeiçoamento da avaliação integral da pessoa; a introdução de incentivos nos contratos e sistemas de pagamento, estimulando a eficácia e a qualidade; a insuficiência de profissionais para responder às necessidades e aprofundar e estender o trabalho com as famílias/cuidadores para a promoção do envolvimento afetivo no cuidado.

O funcionamento da RNCCI, segundo a UMCCI em 2007 assenta nos princípios da Integridade, Globalidade, Interdisciplinaridade, Harmonia, Equidade e Inserção na Comunidade, tendo ainda subjacente um princípio de Sustentabilidade.

A prestação de cuidados é assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. Das unidades de internamento destaca-se a Unidade de Média Duração e Reabilitação, que conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde (2009), é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, que presta cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. O período de internamento tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão. Os utilizadores das Unidades de Média Duração e Reabilitação são doentes oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados.

Segundo a UMCCI (2007) estas Unidades: estão orientadas para o restabelecimento das funções, atividades ou capacidades alteradas em consequência de processos patológicos prévios (médico-cirúrgicos ou traumatológicos); constituem um dos recursos

intermédios entre a alta hospitalar e o domicílio; são utilizáveis para a recuperação de situações agudas e nos casos de reagudização de processos crónicos; são consideradas, atualmente, como um recurso de saúde absolutamente necessário na garantia da continuidade do processo de cuidados. O processo de reabilitação e regresso a casa do doente com AVC exige do enfermeiro especialista em reabilitação uma atuação planeada e organizada de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

Os cuidados continuados abrangem o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global das pessoas com perda de funcionalidade ou em situação de dependência. (Decreto-Lei 110/2006 de 6 de Junho). A assistência pode ser prestada em Unidades de internamento ou no domicílio.

De acordo com a UMCCI (2007) a RNCCI alicerça-se na prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas em situação de dependência e o seu modelo conceptual baseia-se na promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, de modo a que esta recupere as funcionalidades afetadas pela situação de saúde baseando-se na continuidade de cuidados articulando os diferentes níveis de cuidados.

A UMCCI (2007) refere ainda que a sua abordagem é direcionada à pessoa, operacionalizada através de um plano de intervenção focado nas dimensões de nível intermédio e complementar de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, fruto do trabalho de uma equipa multidisciplinar como finalidade dinamizar a implementação de Unidades e equipas de cuidados, dirigidas às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas.

De acordo com a UMCCI (2007) apesar de ser preferencial recorrer ao internamento para prestação de cuidados, em consequência da sua intensidade, complexidade ou do contexto sócio familiar, os cuidados deverão ser prestados em contexto domiciliário que se ajustam às características dos doentes/famílias e cuidadores, representam um enorme desafio e responsabilidade para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem

respostas integradas e satisfaçam as necessidades específicas desta população e que urge concretizar.

De acordo com o Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Os cuidados domiciliários surgem, conforme refere Costa (2009) e Duarte (2010), como uma estratégia de reversão da atenção centrada nos hospitais, beneficiando a construção de uma lógica atenta à promoção e prevenção da saúde e à humanização dos cuidados prestados, pelo que devem ser recontextualizados como uma prática política que se refere aos problemas das pessoas na sua vida diária.

Estes mesmos autores referem ainda que os cuidados domiciliários proporcionam uma intervenção baseada no trabalho multidisciplinar, utilização de tecnologias relacionadas com a criação de vínculos, e a integralidade e sistematização das ações, visando, sobretudo, a prestação de cuidados de qualidade. O domicílio não é apenas o espaço físico onde se habita, mas o porto seguro para onde são levados sentimentos, desejos, aspirações, atitudes e comportamentos. É o local mais íntimo em que a pessoa vive e nela se encontra a sua essência.

O cuidado no domicílio refere-se a um conjunto de intervenções dirigidas “ao doente no seu próprio ambiente por diversos problemas de saúde utilizando uma abordagem multidisciplinar que envolve o doente, a família e os prestadores de cuidados, transferindo aptidões para maximizar aquilo que as pessoas podem fazer a si próprias, mas proporcionando aconselhamento, monitorização e apoio ao cliente e prestadores de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.139).

Os cuidados no domicílio permitem ainda que as pessoas e a família permaneçam juntas e unidas, o que é particularmente importante perante a doença, pois previnem ou

adiam a institucionalização, promovem a cura, permitem maior liberdade e, em contraste com a instituição, são cuidados personalizados, adequados às necessidades específicas da pessoa (Duarte, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (2010), ao enunciar as competências dos enfermeiros, refere que o enfermeiro de reabilitação presta cuidados a pessoas e famílias com necessidades especiais no domicílio. Acrescenta que é da competência do Enfermeiro de Reabilitação identificar barreiras arquitetónicas e elaborar propostas de eliminação das mesmas; promover a máxima independência nas AVD e acrescentar qualidade de vida, no sentido da capacitação e *empowerment*, quer do doente, quer dos seus cuidadores e criar e gerir bolsas de produtos de apoio, envolvendo os recursos da comunidade.

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2011) complementa que o enfermeiro de reabilitação tem como missão promover ações para a prevenção e tratamento da doença, ações para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, com o objetivo de manter as suas capacidades funcionais como, fundamentalmente, otimizar a qualidade de vida dos doentes, família e comunidade, a sua socialização, a sua dignidade. Atuando na saúde e na doença, aguda ou crónica, contribuem para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social das pessoas, minimizando as incapacidades, nomeadamente através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de atividades de vida diária, ensino sobre a otimização ambiental e utilização e adaptação de ajudas técnicas.

Em contexto domiciliário, de acordo com o referido por Couto (2012), o enfermeiro de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde resultantes de uma alteração da capacidade funcional do doente, alteração resultante de situações de deficiência, incapacidade e/ou doença, tendo em conta o meio onde o doente está inserido, bem como a articulação com o mesmo.

Para Duarte (2010) procurou responder a uma inquietação direcionada para os enfermeiros, enquanto profissionais mencionados nas ECCI: como é que os enfermeiros, no exercício das suas funções, poderiam assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio, uma vez que a sua presença junto da pessoa é esporádica e de duração limitada? Definiu-se uma explicação que passa por referir que os enfermeiros são os profissionais

adequados para manter e assegurar a continuidade dos cuidados, dada a sua vocação para identificar as necessidades e as respostas em termos de saúde de uma pessoa ou comunidade, ao mesmo tempo que, historicamente, o enfermeiro se mantém como o profissional de saúde mais próximo das pessoas e aquele que é referenciado como educador, o apoio e o profissional que privilegia a relação junto do doente e da família, na medida em que ao determinarem intervenções individuais, familiares e sociais permitem uma aproximação à pessoa na sua globalidade. Para além disso, as diretivas profissionais apontam para a necessidade de se articular com os recursos da comunidade e de se assumir como o advogado do doente, num contexto político, em que a tónica é colocada na sinergia de esforços para otimizar os recursos, patente na legislação que aponta para a conjugação da saúde e dos assuntos sociais e para a inclusão da pessoa cuidada como sujeito ativo na gestão da sua própria saúde.

Segundo a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2011) os Enfermeiros de Reabilitação atuam como agentes fulcrais na obtenção de ganhos em saúde da população, são intervenientes e parceiros na criação de ganhos de saúde em diversas áreas de intervenção.

Ainda segundo esta associação no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados, em qualquer das tipologias de unidades de internamento ou integrados nas equipas comunitárias, (confirmar se isto deveria estar entre aspas). Estes cuidados contribuem para ganhos de saúde adicionais como diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos serviços de urgência, consequente diminuição do número de episódios de internamento e diminuição da demora média de internamento e dos custos que lhe estão associados; aumento do nível de independência das pessoas e das famílias e diminuição da morbilidade; diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade, como úlceras de pressão, infeções respiratórias, infeções urinárias, deformidades osteoarticulares e hipotonicidade muscular; diminuição do consumo de medicamentos e aumento da adesão ao regime terapêutico; diminuição da dependência funcional e social com influência na diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio; adequação do ambiente, habilitação, com menor dependência socioeconómica; otimização da reintegração do doente no seio familiar e

social onde é possível efetuar uma avaliação dos focos de atenção/diagnósticos de enfermagem de reabilitação, tendo em consideração os estilos de vida, a dinâmica familiar, os padrões de comunicação e os recursos socioeconómicos (Menoita [et. al.], 2012).

Foi na área de intervenção do enfermeiro de reabilitação em cuidados domiciliários que nasceu este trabalho do qual passamos ao enquadramento metodológico.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O enquadramento metodológico consiste na apresentação do desenho do estudo e na descrição da planificação e condução do trabalho desenvolvido (Fortin, 2009). Assim, neste capítulo são apresentados os objetivos do estudo, as hipóteses em análise e a metodologia utilizada. Apresenta-se também a descrição detalhada da população e amostra em estudo, os critérios de inclusão/ exclusão, as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados, o procedimento de recolha e tratamento de dados e, por fim, a análise estatística efetuada.

3.1. Tipo de estudo

O nosso estudo caracteriza-se por ser um estudo misto, predominantemente quantitativo, longitudinal e correlacional. Trata-se de um estudo **Quantitativo** porque tal como refere Fortin (2009), é um estudo objetivo, metódico e mensurável, que nos permite a análise estatística dos dados obtidos; **Longitudinal** porque se avaliou a qualidade de vida do doente com AVC em dois momentos distintos: o primeiro no dia da alta da UCCMDR e o segundo no domicílio do doente após dois meses e **Correlacional** porque efetuamos “relações entre variáveis” Fortin (2009, p. 243).

Este estudo apresenta ainda um cariz qualitativo, que se cateteriza pela compreensão do fenómeno e a perceção dos atores envolvidos (Fortin, 2009) uma vez que nos propusemos conhecer a opinião dos doentes relativamente aos contributos do enfermeiro de reabilitação, materializada pela apresentação de uma questão aberta.

3.2. Objetivos do estudo

A finalidade deste estudo é contribuir para avaliação do impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação na qualidade de vida dos doentes com AVC e como objetivos para a realização deste estudo definimos os seguintes:

- Avaliar o nível de qualidade de vida dos doentes acometidos por AVC no momento da alta da Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação;
- Avaliar o nível de qualidade de vida dos doentes acometidos por AVC 2 meses após alta e sujeitos à intervenção do enfermeiro de reabilitação, no domicílio;

- Identificar a influência das variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e habilitações literárias) na qualidade de vida no doente com AVC;
- Conhecer a perceção dos doentes que sofreram AVC relativamente aos contributos do enfermeiro de reabilitação na manutenção/ recuperação da sua da qualidade de vida.

3.3. Hipóteses

Em função dos objetivos do estudo de investigação, definimos as seguintes hipóteses:

- 1) Espera-se que a intervenção do enfermeiro de reabilitação em contexto domiciliário acrescente qualidade de vida ao doente com AVC;
- 2) Espera-se que as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e habilitações literárias), contribuam de forma diferente para a qualidade de vida nos doentes após AVC.

3.4. Variáveis de estudo

Entende-se por variáveis as “qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo” (Fortin, 2009, p.171). Assim as variáveis deste estudo são agrupadas em três conjuntos: variáveis de atributo, variável dependente e variável independente.

Variáveis Atributo

As variáveis de atributo são “características pré-existentes dos participantes num estudo, geralmente constituídas por dados demográficos tais como a Idade, o género, situação da família (Fortin 2009, p. 172).

No presente estudo as variáveis de atributo são:

- Género;
- Idade;
- Estado civil;
- Habilitações literárias.

Variável Dependente

A variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, ou o resultado esperado pelo investigador (Fortin, 2009). Assim, a variável dependente do nosso estudo é a qualidade de vida.

Neste estudo não definimos variável independente, pois como refere Fortin (2009) uma variável independente é uma variável que é um elemento introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável. É considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente. Segundo este mesmo autor, as variáveis atributo são consideradas dados demográficas pré-existentes dos inquiridos. De certa forma podem exercer um efeito sobre uma outra variável, mas não podem ser manipuladas pelo investigador, ao contrário da variável independente.

Assim sendo, como não se pretende nem é possível manipular as variáveis género, idade, estado civil e habilitações literárias, assumimos que não seriam consideradas como variáveis independentes mas como variáveis de atributo.

3.5. População e Amostra

Define-se população como um conjunto de indivíduos que evidenciam características comuns (Fortin, 2009). Neste estudo, a população é constituída pelos doentes que sofreram AVC sucedido de internamento nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação da Região Norte.

Desta população foi retirada uma amostra, definida por Fortin (2009) como a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Para tal utilizamos o método de amostragem não probabilística, por conveniência, constituída por doentes com diagnóstico de AVC, internados nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação onde foi realizado o estudo, no período estipulado para a recolha de dados e que preenchiam os critérios de inclusão na amostra.

Critérios de inclusão na amostra

Conforme refere Fortin (2009, p. 311) “a população em estudo define-se por critérios de inclusão sendo estes determinados com a ajuda de critérios das características que se desejam encontrar nos elementos da amostra” que no nosso estudo são:

- Doentes que sofreram AVC Isquémico;
- Doentes sujeitos a intervenção do enfermeiro de reabilitação na ECCI;
- Doentes sem alterações cognitivas (aplicação Mini Exame do Estado Mental) que teria de ter um valor igual ou superior a 25 para ser considerado como inclusão na amostra;
- Doentes com capacidade para comunicar oralmente ou ler/escrever.

3.6. Procedimento de recolha de dados

Das Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação da região Norte (escolhida região Norte por serem as acessíveis à investigadora por questões de distância e tempo) foram seleccionadas as que tinham ECCI na sua área, pois só assim foi possível a intervenção do ER após alta, com referenciação de uma UCCMDR.

Após a seleção das Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação (UCCMDR), foram contactados os diretores das Unidades escolhidas para agendamento das reuniões que objetivavam a apresentação do projeto de investigação, das suas finalidades e objetivos, bem como pedir colaboração para identificação e seleção dos doentes. Cada Unidade disponibilizou um responsável, enfermeiro ou assistente social, para colaborar na identificação dos doentes que preenchiam os critérios de inclusão, e posteriormente, quando a alta dos doentes se aproximava, contactavam o investigador para que este se deslocasse no dia da alta à respetiva Unidade para efetuar o primeiro momento de recolha de dados.

O procedimento para o preenchimento dos questionários (Anexo I) foi o mesmo em todos os locais de recolha. Assim, após a seleção dos doentes, de acordo com os critérios definidos anteriormente, o investigador explicava-lhes todo o procedimento pedindo a sua colaboração, garantindo e assegurando a sua participação voluntária. Depois de os doentes aceitarem participar no estudo, assinavam o consentimento informado (Anexo II) e passava-se ao primeiro momento de recolha de dados, realizado no momento da alta da unidade.

Uma vez que o questionário é de autopreenchimento, quando o doente por incapacidade física ou ser iletrado, este era preenchido pelo familiar/cuidador.

Foi ainda explicado aos doentes que posteriormente iriam ser contactados para um segundo momento de recolha de dados, a realizar após 2 meses de permanência no domicílio em que durante esse período seriam alvo da intervenção do enfermeiro de reabilitação, de acordo com as suas necessidades.

Após dois meses da primeira avaliação, o investigador deslocou-se ao domicílio do doente para aplicar novamente o questionário e neste momento os doentes responderam ainda a uma questão de resposta aberta: “No seu entender a intervenção do enfermeiro de reabilitação foi importante? Sim ou Não? Porquê?”.

Entre o primeiro e segundo momento de recolha de dados, os doentes foram sujeitos à intervenção do enfermeiro de reabilitação no seu domicílio que de acordo com a situação de cada doente, concebia e implementava um plano de reabilitação individual, tendo em conta o meio onde o doente estava inserido.

O plano de reabilitação individual incluía intervenções específicas, nomeadamente ao nível da manutenção e reeducação funcional: motora, sensitiva, cognitiva, sistema cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação (vesical e intestinal); realização de ensinamentos ao prestador de cuidados sobre técnicas específicas de AVD; adequar e treinar com os produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); treino específico de AVD (vestir, despir, comer, pentear...), identificar/ orientar para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa; realizar sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O período de recolha de dados decorreu entre 1 de Outubro de 2012 e 29 de Fevereiro de 2013 e no total foram recolhidos 51 questionários, sendo a amostra total composta por 51 indivíduos.

3.7. Instrumentos

Relativamente aos instrumentos utilizados e tendo em conta os objetivos do estudo, as hipóteses delineadas e as características da amostra, foram utilizados os seguintes instrumentos:

3.7.1 - Questionário sociodemográfico criado para o estudo

Este questionário elaborado para o estudo tem como finalidade recolher informação acerca dos dados sociais e demográficos dos participantes.

Os itens de recolha de dados deste instrumento são a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias e atividade profissional dos participantes.

3.7.2 - Escala de qualidade de vida específica para doentes que sofreram AVC (EQVE-AVC)

De acordo com a literatura, dos vários instrumentos de medida da qualidade de vida encontrados e, relativamente à avaliação da qualidade de vida nos doentes que sofreram um AVC, a que mais se destacou foi a **Escala de qualidade de vida específica para doentes que sofreram AVC (EQVE-AVC), de Linda Williams (1999)**.

Esta escala de autopreenchimento, segundo Malheiro, [et. al.] *in* Monteiro (2011), foi desenvolvida com base na perceção dos doentes que sofreram um AVC, em relação à sua própria qualidade de vida, num processo de construção de itens a partir de dados qualitativos reportados por estes, e verificados *á posteriori* pelos mesmos.

Versão Original

A génese deste instrumento de avaliação teve por base a dificuldade na mensuração da qualidade de vida uma vez que após o acometimento de um AVC o doente apresenta défices neurológicos mas também sequelas psicológicas e sociais. As escalas previamente publicadas na literatura revelaram limitações ou défices na avaliação de áreas específicas de disfunção potencial, como o braço/ mão, ou a linguagem, que não estavam incluídas, bem como a própria sensibilidade do instrumento às possíveis mudanças do doente. O objetivo do desenvolvimento desta escala foi o de criar um instrumento válido, ágil e

confiável, capaz de avaliar a evolução da autonomia/ independência nos vários domínios (Williams, 1999).

✓ **Cotação e Propriedades psicométricas**

Esta escala é um instrumento que avalia a qualidade de vida em doentes após a ocorrência de um AVC, constituído por 49 itens, agrupados em 12 domínios de relevante importância no contexto de avaliação de um doente na considerada condição clínica a energia, o papel familiar, a linguagem, a mobilidade, a disposição, a personalidade, os autocuidados, o papel social, a capacidade mental, a função do membro superior, a visão e o trabalho/ produtividade.

A escala é pontuada sob a forma de escala de Likert, variando entre 1, que corresponde a “Ajuda total/ Não o consegui fazer de todo/ Concordo fortemente”, e 5, que significa “Sem ajuda/ Sem dificuldade/ Discordo fortemente”. O valor da qualidade de vida resulta da soma dos diferentes domínios sendo que quanto maior for o valor maior a qualidade de vida.

Relativamente às propriedades psicométricas desta escala, e de acordo com Malheiro [et. al.] (2009), apresenta uma boa consistência interna com valores de coeficiente Alpha de Cronbach superiores a 0.73 para todos os domínios, uma excelente fidedignidade intra e inter-observador com valores Alpha superiores a 0.92 para o resultado total e individual dos domínios, uma boa validade de construção e de conteúdo e uma sensibilidade moderada na maioria dos domínios durante os primeiros três meses após a ocorrência do AVC.

Versão Portuguesa de Malheiro, Nicola e Pereira (2009)

Na versão portuguesa para avaliar a **fidedignidade intra-observador** da escala os autores procederam ao cálculo do coeficiente de correlação de Spearman e o Intraclass Correlation Coefficient. Relativamente ao Coeficiente de Correlação de Spearman obtiveram o valor de 0.973 entre os resultados totais obtidos na primeira e segunda aplicação, para um nível de significância (*p-value*) de 0.01, sendo este valor indicativo de uma associação muito alta entre os resultados das mesmas - situado no intervalo entre 0.9 e 1. Por sua vez, o intervalo de confiança a 95% da correlação entre os resultados totais

obtidos da primeira e da segunda aplicação situou-se entre 0.984 e 0.996, verificando-se que o ICC assumia o valor de 0.993. Desta forma os autores concluíram que se encontrava associado a uma fidedignidade excelente, dado que se tratava de um valor superior a 0.75.

Para avaliar a **consistência interna**, os autores procederam ao cálculo do Coeficiente de Alpha de Cronbach e de Correlação dos Itens com o Total na primeira e segunda avaliação. No que se refere ao Alpha de Cronbach, o valor obtido para o questionário como um todo, ou seja, para os 49 itens foi de 0.95 no primeiro preenchimento e de 0.95 no segundo, para um nível de significância de 0.01, tendo por isso considerado que os valores eram excelentes. Estes resultados são idênticos aos obtidos no estudo da escala original, no qual foram obtidos valores de Alpha Cronbach superior a 0.92 para o resultado total (Malheiro [et. al.], 2009).

Os autores efetuaram, igualmente, o cálculo do Alpha de Cronbach para cada um dos domínios constituintes da escala em ambas as aplicações e obtiveram valores superiores a 0.734 para todos os domínios com a exceção do domínio Papel Familiar em que se obteve um Alpha de Cronbach de 0.526.

Versão do Estudo

Uma vez que a escala está validada para a população Portuguesa, numa amostra de doentes que sofreram AVC (Malheiro [et. al.], 2009), apresentamos apenas a avaliação da consistência interna, ou seja a fidelidade do instrumento na nossa amostra.

✓ Fidelidade

Para avaliar a consistência interna do questionário foi calculado o Alpha de Cronbach, medida que objetiva avaliar se todos os parâmetros medem um mesmo conceito que de acordo com o sustentado por Tavakol e Dennick (2011) sendo que os valores compreendidos no intervalo entre 0.700 e 0.950 são considerados como aceitáveis.

Tendo em conta que o questionário, na sua globalidade, avalia o mesmo conceito (qualidade de vida dos doentes) mas que se apresenta dividido por vários domínios de análise, optamos por calcular o Alpha de Cronbach para a globalidade da escala e para cada domínio de forma específica.

O valor de Alpha de Cronbach para a escala Global foi de 0.93. Relativamente aos valores de Alpha de Cronbach de cada domínio foram 0.98 para domínio Energia, 0.66 para domínio Papel Familiar, 0.78 para domínio Disposição, 0.97 para domínio Personalidade, 0.75 para domínio Papel Social, 0.84 para domínio Capacidade Mental, 0.99 para domínio Linguagem, 0.89 para domínio Mobilidade, 0.66 para domínio Força Membro Superior, 0.94 para domínio Visão, 0.96 para domínio Trabalho/ Produtividade e 0,89 para domínio Autocuidados.

Escala Global**Tabela 1 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC.***Alpha de Cronbach: 0.93 (49 itens) Média:1.79; Dp: 0.41 (N=51)*

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 1	85.82	386.59	0.44	0.93
ITEM 2	85.88	386.47	0.43	0.93
ITEM 3	85.92	386.55	0.44	0.93
ITEM 4	86.29	389.09	0.44	0.93
ITEM 5	85.86	383.56	0.43	0.93
ITEM 6	86.24	387.06	0.51	0.92
ITEM 7	86.00	386.60	0.45	0.93
ITEM 8	85.84	384.57	0.50	0.92
ITEM 9	85.90	387.61	0.49	0.93
ITEM 10	85.90	383.17	0.56	0.92
ITEM 11	85.43	370.37	0.64	0.92
ITEM 12	85.49	381.13	0.52	0.92
ITEM 13	85.49	380.06	0.55	0.93
ITEM 14	85.53	383.09	0.46	0.93
ITEM 15	86.27	387.08	0.55	0.92
ITEM 16	86.39	391.16	0.50	0.93
ITEM 17	86.06	387.50	0.38	0.93
ITEM 18	85.16	398.78	0.01	0.93
ITEM 19	86.25	389.55	0.50	0.93
ITEM 20	85.12	369.07	0.62	0.92
ITEM 21	84.98	364.86	0.65	0.92
ITEM 22	84.82	381.79	0.39	0.93
ITEM 23	84.33	356.71	0.69	0.92
ITEM 24	84.43	352.49	0.77	0.92
ITEM 25	84.41	354.65	0.74	0.92
ITEM 26	84.51	350.89	0.80	0.92
ITEM 27	84.45	350.93	0.79	0.92
ITEM 28	86.41	395.33	0.30	0.93
ITEM 29	86.41	395.33	0.30	0.93
ITEM 30	86.53	398.85	0.13	0.93
ITEM 31	86.51	400.06	- 0.02	0.93
ITEM 32	86.35	392.47	0.44	0.93
ITEM 33	86.33	393.19	0.38	0.93
ITEM 34	86.31	390.54	0.31	0.93
ITEM 35	86.39	394.16	0.37	0.93
ITEM 36	86.43	394.09	0.41	0.93
ITEM 37	86.43	394.09	0.41	0.93
ITEM 38	86.51	395.37	0.47	0.93
ITEM 39	84.10	372.73	0.50	0.92
ITEM 40	84.47	375.37	0.40	0.93
ITEM 41	84.27	378.52	0.41	0.93
ITEM 42	86.51	397.98	0.20	0.93
ITEM 43	86.49	397.89	0.18	0.93
ITEM 44	86.51	397.97	0.20	0.93
ITEM 45	86.55	398.45	0.25	0.93
ITEM 46	86.10	385.65	0.41	0.93
ITEM 47	86.27	390.40	0.40	0.93
ITEM 48	86.29	391.41	0.36	0.93
ITEM 49	86.29	390.29	0.41	0.93

Como é possível verificar (Tabela 1), a escala global apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha = 0.93$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre -0.02 e 0.80.

Energia

Tabela 2 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Energia

Alpha de Cronbach: 0.98 (3 itens) Média: 1.69; Dp: 0.74 (N=51)

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 1	3.33	2.23	0.94	0.98
ITEM 2	3.39	2.12	0.98	0.96
ITEM 3	3.43	2.21	0.95	0.97

Verificamos que o domínio **Energia** (Tabela 2) apresenta um excelente Alpha de Cronbach ($\alpha=0.98$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.94 e 0.98.

Papel Familiar

Tabela 3 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Papel Familiar

Alpha de Cronbach: 0.66 (3 itens) Média: 1.44; Dp: =0.56 (N=51)

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 4	3.04	1.72	0.49	0.56
ITEM 5	2.61	1.00	0.54	0.51
ITEM 6	2.98	1.74	0.45	0.60

Relativamente ao domínio **Papel Familiar** (Tabela 3), este apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.66$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.45 e 0.54. Considerando o facto de esta sub escala ser composta apenas por 4 itens o facto de este valor estar próximo do

encontrado por Malheiro [et. al.] (2009) na versão portuguesa e de que o valor de alpha obtido está próximo dos valores considerados aceitáveis por Tavakol e Dennick (2011), optamos por não excluir a sub escala do nosso estudo, pois esta diminuição do valor de alpha pode relacionar-se com a diversidade de conteúdo e significado dos itens que constituem o domínio Papel Familiar, por abordar diferentes aspetos que a família/cuidadores podem exercer no apoio ao doente de AVC, originando naturalmente, por definição, um alpha mais baixo no seu conjunto.”

Disposição

Tabela 4 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Disposição

Alpha de Cronbach: 0.78 (5 itens) Média: 1.75; Dp: 0.60 (N=51)

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 7	7.20	6.24	0.59	0.73
ITEM 8	7.04	5.92	0.66	0.71
ITEM 9	7.10	6.37	0.68	0.71
ITEM 10	7.10	5.85	0.70	0.69
ITEM 11	6.63	5.68	0.35	0.86

No que diz respeito ao domínio **Disposição** (Tabela 4), este apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.78$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.35 e 0.70.

Personalidade**Tabela 5 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Personalidade***Alpha de Cronbach: 0.97 (3 itens) Média: 2.06; Dp: 0.86 (N=51)*

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 12	4.12	3.03	0.94	0.95
ITEM 13	4.12	2.95	0.97	0.93
ITEM 14	4.16	3.13	0.88	0.99

O domínio **Personalidade** (Tabela 5) apresenta um excelente Alpha de Cronbach ($\alpha=0.97$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.88 e 0.97.

Papel Social**Tabela 6 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Papel Social***Alpha de Cronbach: 0.75 (5 itens) Média: 1.54; Dp: 0.47 (N=51)*

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 15	6.41	3.49	0.76	0.62
ITEM 16	6.53	4.01	0.72	0.66
ITEM 17	6.20	3.24	0.56	0.68
ITEM 18	5.29	4.13	0.14	0.88
ITEM 19	6.39	3.68	0.77	0.63

Relativamente ao domínio **Papel Social** (Tabela 6), esta apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.75$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.14 e 0.77.

Capacidade Mental**Tabela 7 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Capacidade Mental***Alpha de Cronbach: 0.84 (3 itens) Média: 2.59; Dp: 1.07 (N=51)*

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 20	5.33	4.59	0.78	0.69
ITEM 21	5.20	3.88	0.88	0.57
ITEM 22	5.04	6.32	0.48	0.96

No que diz respeito ao domínio **Capacidade Mental** (Tabela 7), este apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.84$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.48 e 0.88.

Linguagem**Tabela 8 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Linguagem***Alpha de Cronbach: 0.99 (5 itens) Média: 3.14; Dp: 1.52 (N=51)*

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 23	12.47	37.41	0.95	0.99
ITEM 24	12.57	36.85	0.99	0.98
ITEM 25	12.55	37.21	0.97	0.99
ITEM 26	12.65	37.35	0.95	0.99
ITEM 27	12.59	36.81	0.97	0.98

É possível verificar que o domínio **Linguagem** (Tabela 8) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.99$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.95 e 0.99.

Mobilidade**Tabela 9- Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Mobilidade***Alpha de Cronbach: 0.89 (6 itens) Média: 1.14; Dp: 0.28 (N=51)*

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 28	5.71	1.77	0.91	0.84
ITEM 29	5.71	1.77	0.91	0.84
ITEM 30	5.82	2.51	0.41	0.91
ITEM 31	5.80	2.52	0.30	0.92
ITEM 32	5.65	1.67	0.89	0.84
ITEM 33	5.63	1.68	0.85	0.85

Relativamente ao domínio **Mobilidade** (Tabela 9) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.89$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.30 e 0.91.

Força Membro Superior**Tabela 10- Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Força Membro Superior***Alpha de Cronbach: 0.66 (5 itens) Média: 1.15; Dp: 0.28 (N=51)*

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 34	4.51	1.25	0.16	0.86
ITEM 35	4.59	1.45	0.46	0.59
ITEM 36	4.63	1.32	0.73	0.48
ITEM 37	4.63	1.32	0.73	0.48
ITEM 38	4.71	1.69	0.45	0.62

No que se refere ao domínio **Força Membro Superior** (Tabela 10), verifica-se que este apresenta um Alpha de Cronbach de ($\alpha=0.66$), apresentando os itens da escala

correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.16 e 0.73. Tal como anteriormente, considerando o facto de esta sub escala ser composta apenas por 5 itens e que o valor de alpha obtido está muito próximo dos valores considerados aceitáveis por Tavakol e Dennick (2011), optamos por não excluir a sub escala do nosso estudo.

Visão

Tabela 11 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Visão

Alpha de Cronbach: 0.94 (3 itens) Média: 3.29; Dp: 1.26 (N=51)

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 39	6.39	6.56	0.89	0.91
ITEM 40	6.76	6.26	0.84	0.96
ITEM 41	6.57	6.81	0.93	0.89

Relativamente ao domínio **Visão** (Tabela 11), este apresenta um excelente Alpha de Cronbach ($\alpha=0.94$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.84 e 0.93.

Trabalho/ Produtividade

Tabela 12 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Trabalho/ Produtividade

Alpha de Cronbach: 0.96 (3 itens) Média: 2.06; Dp: 0.24 (N=51)

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 42	2.14	0.24	0.96	0.92
ITEM 43	2.12	0.23	0.86	1.00
ITEM 44	2.14	0.24	0.96	0.92

No que se refere ao domínio **Trabalho/ Produtividade** (Tabela 12) verificamos que este, apresenta um excelente Alpha de Cronbach ($\alpha=0.96$), apresentando os itens da

escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.86 e 0.96.

Autocuidados

Tabela 13 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach a EQVE-AVC - Domínio: Autocuidados

Alpha de Cronbach: 0.89 (5 itens) Média: 1.27; Dp: 0.48 (N=51)

ITEM	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 45	5.31	5.46	0.47	0.92
ITEM 46	4.86	3.04	0.71	0.90
ITEM 47	5.04	3.40	0.97	0.80
ITEM 48	5.06	3.54	0.90	0.82
ITEM 49	5.06	3.62	0.85	0.83

Constatamos que relativamente ao domínio **Autocuidados** (Tabela 13), este apresenta um excelente Alpha de Cronbach ($\alpha=0.89$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0.47e 0.97.

3.7.3-Questão aberta obre a importância da intervenção do enfermeiro e reabilitação para a promoção de qualidade de vida

Esta pergunta aberta elaborada para o estudo tem como finalidade conhecer a opinião dos doentes relativamente à intervenção do Enfermeiro de reabilitação, tendo sido colocada a questão da seguinte forma “No seu entender a intervenção do Enfermeiro de reabilitação foi importante? Sim ou Não? Porquê?”.

Os doentes que tinham possibilidade de escrever, escreviam a sua resposta, os que não podiam escrever, responderam verbalmente, sendo o investigador a escrever as respostas.

3.8. Tratamento de dados

Inicialmente foram revistos todos os questionários para verificar se havia erros de preenchimento. Simultaneamente, foi elaborada uma base de dados utilizando o programa

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0 e o Microsoft Office Excel 2007, onde foi possível introduzir as questões e as respostas referentes às partes distintas.

Salientamos que, em toda a análise estatística, assumimos 0.05 como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/ diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente, assumimos o seguinte valor de significância, referenciado por Pestana e Gageiro (2003): $p \geq 0.05$ - não significativo.

No sentido de verificar o teste estatístico a utilizar no tratamento das hipóteses, revelou-se fundamental avaliar os pressupostos dos testes estatísticos de forma a utilizar o mais adequado e apropriado à nossa amostra. Assim, iniciamos a análise estatística avaliando a distribuição dos dados de forma a aferir se esta tinha uma distribuição normal ou não. Os testes aplicados para verificar a distribuição normal dos dados têm como objetivo direcionar o investigador a identificar que tipo de teste deverá ser utilizado no tratamento das hipóteses, ou seja, se a distribuição dos dados for normal, o teste a utilizar deverá ser paramétrico; se a distribuição de teste não for normal, então a opção deve passar por um teste não paramétrico (Rodrigues, 2010 e Maroco, 2010).

O pressuposto de normalidade de distribuição foi analisado com o teste de **normalidade Kolmogorov-Smirnov** (uma vez que estamos perante uma amostra superior a 30 sujeitos).

De acordo com os resultados obtidos no teste de Kolmogorov-Smirnov (Anexo III), verificamos que todas as variáveis seguem uma distribuição não normal, com exceção do domínio Disposição.

Assim, quando nos debruçamos sobre a **hipótese 1** optamos por aplicar dois testes distintos: a estatística paramétrica no caso da variável que apresentou distribuição normal (domínio Disposição), recorrendo ao teste ***t-Student***, para amostras emparelhadas, e estatística não paramétrica para as restantes variáveis por apresentarem distribuição não normal, recorrendo ao teste não-paramétrico **Wilcoxon**.

No caso das variáveis sociodemográficas que são dicotómicas, para avaliar a diferença entre o género dos participantes e entre o estado civil, optamos pelo cálculo

estatístico de diferença de médias, sendo que a variável estado civil foi categorizada em indivíduos casados e indivíduos não casados (que inclui viúvos, solteiros e divorciados).

Segundo Maroco (2010) o teste **Wilcoxon** é uma alternativa ao teste *t-Student* para comparar duas médias populacionais com base em amostras emparelhadas, quando uma distribuição não é normal. Para além da informação de cada par, o teste de **Wilcoxon** leva em consideração a magnitude da diferença dentro dos pares.

Para avaliar o **tamanho de efeito**, a literatura refere várias medidas como o Cohen's (*d*) ou o coeficiente de correlação de Pearson (*r*), sendo que Cohen (1992) e Field (2009) referem que: $r=0.10$ (efeito pequeno): neste caso o efeito explica 1% do total de variância; $r=0.30$ (efeito médio): em que o efeito explica 9% do total de variância; $r=0.50$ (efeito grande): em que o efeito explica 25% do total de variância.

De forma a avaliar a causalidade de efeito entre as variáveis sociodemográficas e os domínios da qualidade de vida estudados (Hipótese 2), foi calculado, com base em Field (2009), uma regressão linear simples, que se trata de um método estatístico que nos permite prever a influência de determinada variável (no caso, variáveis sociodemográficas) numa variável de resultado (no caso, domínios da qualidade de vida). O valor de *r* representa a correlação entre a variável sociodemográfica e o domínio em causa, sendo que $-1 \leq r \leq 1$, sendo que quanto mais próximo de -1 maior correlação negativa, quanto mais próximo de 1 maior correlação positiva e quanto mais próximo de 0 menor a correlação linear. O valor de R^2 corresponde à regressão entre a variável sociodemográfica e o domínio e revela a proporção em que esta variável pode explicar a variabilidade do domínio. O valor de *F* refere-se à razão entre a variabilidade aplicada pelo modelo e a variabilidade que o modelo não explica.

As respostas à questão de resposta livre, foram analisadas e organizadas considerando as unidades de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Das análises acima descritas surgiram os resultados apresentados no próximo capítulo.

PARTE III - RESULTADOS

CAPITULO 4 - RESULTADOS DESCRITIVOS

Neste capítulo apresentamos os resultados descritivos da amostra e os resultados das hipóteses. Ao mesmo tempo que apresentamos os dados é feita uma análise e discussão dos mesmos preconizando a resolução dos objetivos a que nos propusemos atingir.

A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização geral da amostra, a partir das variáveis sociodemográficas selecionadas para o efeito. Segue-se a apresentação dos resultados dos testes das hipóteses e posteriormente procede-se à análise dos mesmos.

4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Tendo por base os dados recolhidos no questionário sociodemográfico, elaboramos a caracterização sociodemográfica da nossa amostra, composta por 51 sujeitos (N=51).

Tabela 14 - Caracterização da amostra relativamente à idade.

Idade	Frequência absoluta (N = 51)	Frequência relativa (%)	Média	Mediana	Desvio padrão
[53-65]	9	17.6			
[66-80]	20	39.2			
[81-94]	22	43.1			
Total	51	100.0	76.5	77.0	10.73

Como é possível verificar (Tabela 14) no que diz respeito à caracterização da idade da população, constata-se que a média de idade é de 76.5 (Dp 10.73), a mediana é de 77.0 em que 9 sujeitos (17.6 %) têm idade compreendida entre os 53 e 65 anos; 20 (39.3%) sujeitos têm idade no intervalo dos 66 aos 80 anos e a maior parte 22 (43.1 %) sujeitos têm idades compreendidas entre os 81 aos 94 anos.

Tabela 15- Caracterização da amostra relativamente ao género.

Género	Frequência absoluta (N = 51)	Frequência relativa(%)
Masculino	17	33.3
Feminino	34	66.7
Total	51	100.0

Pela análise da tabela 15, podemos constatar que amostra utilizada no nosso estudo é constituída maioritariamente por pessoas do género feminino 34 (66.7%) indivíduos e 17 (33.3%) são do género masculino.

Tabela 16- Caracterização da amostra relativamente às habilitações literárias.

Habilitações literárias	Frequência absoluta (N = 51)	Frequência relativa (%)
Sem Habilitações literárias	24	47.1
Até ao 4º ano	25	49.0
6º ano	2	3.9
Total	51	100.0

No que concerne às Habilitações literárias (Tabela 16) verificamos que a amostra é constituída por doentes com um baixo nível de habilitações literárias, em que 24 (47.1%) sujeitos não têm habilitações literárias, 25 (49.0%) sujeitos têm até ao 4º ano e apenas 2 (3.9%) sujeitos têm o 6º ano.

Tabela 17 - Caracterização da amostra relativamente ao estado civil.

Estado civil	Frequência absoluta (N = 51)	Frequência relativa (%)
Solteiro	4	7.8
Casado/ União de facto	28	54.9
Separado/ Divorciado	2	3.9
Viúvo	17	33.3
Total	51	100.0

No que respeita ao estado civil (Tabela 17) verificamos que a maioria dos sujeitos, 28 (54.9%) são casados ou encontram-se em união de facto, 17 (33.3%) sujeitos são viúvos, 4 (7.8%) sujeitos são solteiros e 2 (3.9%) sujeitos estão separados/ divorciados.

Tabela 18 - Caracterização da amostra relativamente à atividade profissional.

Atividade Profissional	Frequência absoluta (N = 51)	Frequência relativa (%)
Reformado	46	90.2
Empregado de balcão	1	2.0
Segurança	1	2.0
Doméstica	1	2.0
Construtor civil	1	2.0
Desempregado	1	2.0
Total	51	100.0

Segundo a tabela 18 verificamos que a maioria dos sujeitos, 46 (90.2%) sujeitos são reformados, 1 sujeito (2.0%) é empregado de balcão, 1 sujeito (2.0 %) é segurança, 1 sujeita (2.0%) é doméstica, 1 sujeito (2.0%) é construtor civil e 1 sujeito (2.0%) está desempregado.

CAPITULO 5 - RESULTADOS DOS TESTES DAS HIPÓTESES

5.1. Hipótese 1

Espera-se que a intervenção do Enfermeiro de reabilitação em contexto domiciliário acrescente qualidade de vida ao doente com AVC.

Para avaliar a existência de diferenças ao nível da qualidade de vida do doente entre o primeiro momento de avaliação (momento da alta-M1) e o 2º momento de avaliação (2 meses após-M2), com intervenção do Enfermeiro de reabilitação em contexto domiciliário, recorreremos ao teste *t - Student* (no caso do domínio Disposição e a variável qualidade de vida total, tabela 20) e ao teste *de Wilcoxon* (z) para os restantes domínios (tabela 19).

Ainda nesta hipótese e a fim de se verificar o peso da diferença na qualidade de vida dos doentes antes e após a intervenção do enfermeiro de reabilitação em contexto domiciliário, calculou-se o valor do tamanho de efeito para todos os domínios, que segundo Field (2009), é uma medida objetiva e standardizada da magnitude do efeito observado que nos permite verificar se há diferença entre as respostas nos dois momentos.

No nosso estudo, como é possível verificar na tabela 19 a diferença ao nível da qualidade de vida antes e depois da intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio é substancial.

Tabela 19 - Resultados do nível da qualidade de vida entre o 1º e 2º momento nos diferentes domínios.

Variáveis	Média 1	DP1	Média2	DP2	z	r	P
EQVE-AVC: Domínios							
Energia	1.69	0.74	2.84	1.24	5.31	0.53	0.000
Papel Familiar	1.44	0.56	2.55	1.16	5.17	0.51	0.000
Personalidade	2.06	0.86	3.04	0.92	5.05	0.50	0.000
Papel Social	1.54	0.47	2.23	0.85	5.03	0.50	0.000
Capacidade Mental	2.59	1.07	3.23	1.07	4.93	0.49	0.000
Linguagem	3.14	1.52	3.80	1.35	4.96	0.49	0.000
Mobilidade	1.14	0.28	2.12	1.10	5.22	0.52	0.000
Função Membro Superior	1.15	0.28	2.01	1.01	5.21	0.52	0.000
Visão	3.29	1.26	3.67	1.24	4.23	0.42	0.000
Trabalho/Produtividade	1.06	0.24	1.52	0.81	3.54	0.35	0.000
Autocuidados	1.27	0.48	2.38	1.09	5.36	0.53	0.000

z- estatística do teste de Wilcoxon; r-valor tamanho efeito; p-nível de significância ($p < 0.05$)

Tal como se pode verificar na tabela 19, os resultados obtidos são estatisticamente significativos para todos os domínios, revelando que existe uma melhoria da qualidade de vida ao nível dos mesmos. Analisando os resultados do tamanho de efeito obtidos no nosso estudo (tabela 19) podemos concluir que nos domínios Capacidade Mental, Linguagem, Visão e Trabalho/ Produtividade verificamos uma diferença com um efeito médio, com valores de r compreendidos entre 0.35 e 0.49, enquanto nos domínios Energia, Papel Familiar, Personalidade, Papel Social, Mobilidade, Função Membro Superior e Autocuidados verificamos uma diferença com um efeito grande com valores de r compreendidos entre 0.50 e 0.53.

Pelos valores das médias obtidos entre o primeiro e segundo momento constatamos que houve um aumento do valor das médias em todos os domínios, isto é, houve uma melhoria da qualidade de vida, em contexto domiciliário com intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Quando nos debruçamos sobre o domínio que apresentou maior diferença entre o primeiro e segundo momento, observamos que o domínio Energia é o que mais difere entre e o domínio Visão o que menos difere.

Tabela 20 - Resultados do nível da qualidade de vida entre o 1º e 2º momento no domínio Disposição.

Variáveis	Média 1	DP1	Média2	DP2	t	r	p
EQVE-AVC:							
Domínios							
Disposição	1.75	0,60	2,84	1,06	9.57	0.80	0.000
Qualidade de vida total	1.85	0.42	2.69	0.86	9.79	0.81	0.000

t- estatística do teste *t-Student*; r-valor tamanho efeito; p-nível de significância ($p < 0.05$)

Para o domínio Disposição obtivemos um valor do tamanho de efeito grande com r igual a 0.80 o que indica que este domínio acrescentou qualidade de vida e quanto maior a Disposição maior é a qualidade de vida.

Verificamos ainda na tabela 20 que a variável qualidade de vida total, apresenta um valor de tamanho de efeito grande sendo r igual a 0.81 o que indica que a qualidade de vida aumentou do primeiro para o segundo momento.

Como acima referido, a diferença de médias entre o primeiro e segundo momentos no domínio Disposição e da variável qualidade de vida total não é superior à do domínio Energia nem menor que a do domínio Visão, sendo que o domínio Energia mantém-se como sendo o domínio com maior diferença entre o primeiro e segundo momento.

5.2. Hipótese 2

Espera-se que as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e habilitações literárias) contribuam de forma diferente para a qualidade de vida nos doentes após AVC.

Pretende-se com esta hipótese avaliar o efeito que cada uma das variáveis sociodemográficas estudadas possa ter na qualidade de vida dos doentes, nomeadamente em cada um dos domínios da qualidade de vida.

No tratamento desta hipótese, começamos, então por calcular a correlação entre as variáveis idade e habilitações literárias e os domínios da qualidade de vida (tabela 21).

No caso das variáveis sociodemográficas que são dicotómicas, nomeadamente o género e o estado civil, optamos pelo cálculo estatístico de diferença de médias, sendo que a variável estado civil foi categorizada em indivíduos casados e indivíduos não casados (que inclui viúvos, solteiros e divorciados).

No caso dos domínios que apresentam distribuição normal (Papel Familiar e Disposição), optamos pelo teste de *t-Student*. No caso dos restantes domínios, que apresentam distribuição não normal, recorremos ao teste não-paramétrico *Wilcoxon* (tabela 22).

Tabela 21- Resultados da correlação para as variáveis idade e habilitações literárias nos domínios da qualidade de vida.

EQVE-AVC: Domínios	Variáveis Sociodemográficas	Correlação (r)	Nível de significância (p)
Energia	Idade	-0.36	0.01
	Habilitações literárias	0.32	0.02
Papel familiar	Idade	-0.34	0.02
	Habilitações literárias	0.26	0.06
Disposição	Idade	-0.33	0.02
	Habilitações literárias	0.32	0.02
Personalidade	Idade	-0.12	0.39
	Habilitações literárias	0.25	0.08
Papel Social	Idade	-0.36	0.01
	Habilitações literárias	0.30	0.03
Capacidade Mental	Idade	-0.12	0.41
	Habilitações literárias	0.32	0.02
Linguagem	Idade	-0.13	0.38
	Habilitações literárias	0.34	0.01
Mobilidade	Idade	-0.39	0.01
	Habilitações literárias	0.40	0.00
Força Membro Superior	Idade	-0.46	0.00
	Habilitações literárias	0.40	0.00
Visão	Idade	-0.05	0.73
	Habilitações literárias	0.09	0.51
Trabalho/Produtividade	Idade	-0.37	0.01
	Habilitações literárias	0.38	0.01
Autocuidados	Idade	-0.40	0.00
	Habilitações literárias	0.27	0.05

r-correlação; p-nível de significância ($p < 0.05$)

No que concerne ao domínio **Energia**, tendo em conta os valores apresentados na Tabela 21 e analisando as variáveis estatisticamente significativas (idade e habilitações literárias), constatamos que existe uma correlação positiva entre a variável

habilitações literárias e a qualidade de vida, o que significa que a qualidade de vida é tanto maior quanto mais forem as habilitações literárias dos sujeitos. Por outro lado, verificamos uma correlação negativa entre a idade e a qualidade de vida, indiciando que a qualidade de vida é tanto pior quanto maior for a idade.

No seguimento da interpretação apresentada anteriormente, verificamos uma correlação negativa entre a variável idade e a qualidade de vida associadas ao domínio **Papel Familiar**, que indicia que a qualidade de vida neste domínio é tanto pior quanto maior for a idade.

Relativamente à qualidade de vida associada ao domínio **Disposição** verificamos que é tanto maior quanto maior são as habilitações literárias dos doentes e é tanto menor quanto maior for a idade dos mesmos.

No que respeita ao domínio **Personalidade** não se verificam correlações significativas com nenhuma das variáveis sociodemográficas estudadas, pelo que concluímos que as variáveis sociodemográficas estudadas não interferem com a qualidade de vida no domínio Personalidade.

No que concerne ao domínio **Papel Social** verificamos que a qualidade de vida é tanto maior quanto maior são as habilitações literárias dos doentes. Por outro lado, verificamos uma correlação negativa relativamente à variável idade indicadora de que a qualidade de vida é tanto pior, no domínio Papel Social, quanto maior for a idade.

No âmbito do domínio **Capacidade Mental** verificamos uma correlação positiva com a variável habilitações literárias evidenciando que a qualidade de vida neste domínio é tanto maior quanto maior são as habilitações literárias dos doentes.

Também no caso do domínio **Linguagem** a qualidade de vida é tanto maior quanto maior são as habilitações literárias dos doentes o que revela que a qualidade de vida neste domínio é tanto maior quanto maior são as habilitações literárias dos doentes.

No âmbito do domínio **Mobilidade** obtivemos uma correlação estatisticamente significativa com as variáveis idade e habilitações literárias: no primeiro caso, verificamos que a qualidade de vida neste domínio é tanto menor quanto maior for a

idade; no segundo caso o valor que obtivemos evidência que a qualidade de vida é maior quanto maior forem as habilitações literárias.

Relativamente ao domínio **Força Membro Superior**, verificamos uma correlação negativa com a variável idade e uma correlação positiva no caso das habilitações literárias, correlações que evidenciam que a qualidade de vida neste domínio diminui com o aumento da idade e aumenta com as habilitações literárias.

No que respeita ao domínio **Visão** não se verificam correlações significativas com nenhuma das variáveis sociodemográficas estudadas, pelo que concluímos que as variáveis sociodemográficas estudadas não interferem com a qualidade de vida no domínio Visão.

Relativamente ao domínio **Trabalho/ Produtividade**, concluímos que este se correlaciona negativamente com a idade do doente e positivamente com as suas habilitações literárias, o que significa que a qualidade de vida é tanto maior quanto maior for o valor atribuído ao Trabalho/Produtividade e tanto menor quanto maior for a idade do doente.

Quando nos debruçamos no domínio **Autocuidados**, verificamos uma correlação positiva entre a variável habilitações literárias e a qualidade de vida no domínio Autocuidados que indicia que a qualidade de vida, ao nível dos Autocuidados aumenta com as habilitações literárias dos doentes. Inversamente, relativamente à idade, a correlação negativa obtida revela que o aumento da idade está correlacionado com menor qualidade de vida dos doentes ao nível dos Autocuidados.

Em síntese verificamos os domínios Personalidade e Visão não são influenciados por nenhuma das variáveis estudadas. Nos restantes domínios verificamos que a variável idade se correlaciona negativamente com a qualidade de vida, em todos os domínios, ou seja, quanto maior a idade, pior a qualidade de vida em qualquer um dos domínios avaliados. Por outro lado a variável habilitações literárias correlaciona-se positivamente com a qualidade de vida em todos os domínios ou seja quanto maior forem as habilitações literárias maior qualidade de vida em qualquer um dos domínios.

Tabela 22- Resultados do teste Wilcoxon para as variáveis género e estado civil nos domínios da qualidade de vida.

EQVE-AVC: Domínios		Variáveis Sociodemográficas	Média	Nível de significância (p)
Energia	Género	Feminino	2.73	0.37
		Masculino	3.06	
	Estado civil	Casado	2.92	0.19
		Não casado	2.75	
Personalidade	Género	Feminino	2.94	0.60
		Masculino	3.23	
	Estado civil	Casado	3.18	0.20
		Não casado	2.87	
Papel Social	Género	Feminino	2.23	0.20
		Masculino	2.21	
	Estado civil	Casado	2.39	0.19
		Não casado	2.03	
Linguagem	Género	Feminino	3.16	0.49
		Masculino	3.39	
	Estado civil	Casado	3.33	0.32
		Não casado	3.12	
Capacidade Mental	Género	Feminino	3.68	0.25
		Masculino	4.05	
	Estado civil	Casado	3.87	0.20
		Não casado	3.72	
Mobilidade	Género	Feminino	2.04	0.62
		Masculino	2.27	
	Estado civil	Casado	2.21	0.29
		Não casado	2.00	
Força Superior	Género	Feminino	1.83	0.37
		Masculino	2.36	
	Estado civil	Casado	2.21	0.61
		Não casado	1.76	
Visão	Género	Feminino	3.71	0.92
		Masculino	3.61	
	Estado civil	Casado	3.81	0.23
		Não casado	1.33	
Trabalho/Produtividade	Género	Feminino	1.49	0.60
		Masculino	1.57	
	Estado civil	Casado	1.67	0.60
		Não casado	2.07	
Autocuidados	Género	Feminino	2.31	0.92
		Masculino	2.52	
	Estado civil	Casado	2.63	0.32
		Não casado	2.07	

p-nível de significância (p <0.05)

De acordo com o verificado na tabela 22 podemos concluir que nenhuma das variáveis sociodemográficas (género e estado civil) é estatisticamente significativa, o que significa que nenhuma delas interfere com a menor ou maior qualidade de vida em nenhum dos domínios.

Tabela 23 - Resultados do teste *t-Student* para as variáveis género e estado civil nos domínios da Papel Familiar e Disposição.

EQVE-AVC: Domínios	Variáveis Sociodemográficas	Média	Nível de significância (<i>p</i>)
Papel Familiar	Género	Feminino	2.50
		Masculino	2.65
	Estado civil	Casado	2.71
		Não casado	2.35
Disposição	Género	Feminino	2.78
		Masculino	2.98
	Estado civil	Casado	2.91
		Não casado	2.76

p-nível de significância ($p < 0.05$)

De acordo com o verificado na tabela 23 podemos concluir que nenhuma das variáveis sociodemográficas (género e estado civil) é estatisticamente significativa, o que significa que nenhuma influencia a qualidade de vida nos domínios Papel Familiar e Disposição.

De entre as variáveis sociodemográficas, foram selecionadas das tabelas 21, 22 e 23 as estatisticamente significativas e foi calculada a regressão linear entre essas variáveis sociodemográficas (idade e habilitações literárias) e os diferentes domínios da qualidade de vida.

Recorremos ao modelo de regressão linear simples para avaliar a influência de cada uma dessas variáveis na qualidade de vida obtida em cada um dos domínios. De acordo com os valores obtidos abaixo descritos (tabela 24), verificamos que a influência de cada uma das variáveis sociodemográficas nos domínios de qualidade de vida estudados é na generalidade pequena e bastante variada (de 5% e 21%).

Tabela 24- Resultado da regressão linear entre as variáveis idade e habilitações literárias nos domínios da qualidade de vida.

EQVE-AVC: Domínios	Variáveis sociodemográficas	Regressão linear simples (R^2)	Variabilidade (F)	Nível de significância (p)
Energia	Idade	0.14	7.95	0.01
	Habilitações literárias	0.09	5.00	0.03
Papel familiar	Idade	0.11	6.20	0.02
Disposição	Idade	0.11	6.13	0.02
	Habilitações literárias	0.10	5.58	0.02
Personalidade	Habilitações literárias	0.05	2.81	0.10
Papel Social	Idade	0.14	7.93	0.01
	Habilitações literárias	0.05	2.75	0.10
Capacidade Mental	Habilitações literárias	0.08	4.39	0.04
Linguagem	Habilitações literárias	0.10	5.62	0.02
Mobilidade	Idade	0.17	10.30	0.00
	Habilitações literárias	0.15	8.43	0.01
Força Membro Superior	Idade	0.21	13.04	0.00
	Habilitações literárias	0.17	10.36	0.00
Trabalho/Produtividade	Idade	0.14	8.04	0.01
	Habilitações literárias	0.10	5.38	0.02
Autocuidados	Idade	0.08	4.29	0.04
	Habilitações literárias	0.17	9.97	0.00

R^2 -regressão simples; F-Variabilidade; p-nível de significância ($p < 0.05$)

A tabela 24 apresenta os valores obtidos para o estudo da variabilidade das variáveis sociodemográficas nos domínios da qualidade de vida.

Relativamente ao domínio **Energia** verificamos que as variáveis idade e habilitações literárias são as estatisticamente significativas, sendo a idade a que explica a maior variabilidade na qualidade de vida com um valor de 14% ($R^2=0.14$), enquanto as habilitações literárias explicam apenas 9% ($R^2=0.09$) da variabilidade neste domínio.

Relativamente ao domínio **Papel Familiar**, revela que a idade explica 11% ($R^2=0.11$) da variabilidade deste domínio.

No domínio **Disposição** verificamos que a idade é a que mais explica a variabilidade neste domínio com 11% ($R^2=0.11$), sendo que as habilitações literárias explicam 10% ($R^2=0.10$) da variabilidade neste domínio, ou seja um valor muito próximo.

No caso do domínio **Personalidade**, verificámos que as habilitações literárias explicam 5% ($R^2=0.05$) da variabilidade da qualidade de vida.

Relativamente ao domínio **Papel Social**, revela que a idade é a que mais explica a variabilidade neste domínio com um valor de 14% ($R^2=0.14$). Seguindo-se as habilitações literárias que explicam 5% ($R^2=0.05$) da variabilidade neste domínio.

No domínio **Capacidade Mental**, as habilitações literárias explicam 8% ($R^2=0.08$) da sua variabilidade.

No que concerne ao domínio **Linguagem**, de acordo com o valor de regressão obtido ($R^2=0.10$), que as habilitações literárias explicam 10% da variabilidade do domínio.

No domínio **Mobilidade** a idade é a que mais explica a variabilidade ao nível da qualidade de vida, com um valor de 17% ($R^2=0.17$) seguindo-se as habilitações literárias que explicam 15% ($R^2=0.15$) da sua variabilidade.

Para o domínio **Força Membro Superior**, relativamente aos valores de regressão linear das variáveis sociodemográficas estatisticamente significativos verificamos que a idade é a que mais explica a variabilidade neste domínio, com 21% ($R^2=0.21$) da variabilidade do domínio e as habilitações literárias que explicam 17% ($R^2=0.17$) da variabilidade.

No domínio **Trabalho/ Produtividade**, os valores de regressão linear obtidos revelam que a idade é a que mais explica a variabilidade neste domínio com valor de 14% ($R^2=0.14$) e as Habilitações literárias explicam 10% ($R^2=0.10$).

Finalmente, relativamente ao domínio **Autocuidados** as habilitações literárias são as que mais explicam a variabilidade neste domínio com valor de 17% ($R^2=0.17$). A idade explica 8% ($R^2=0.08$) da variabilidade do domínio.

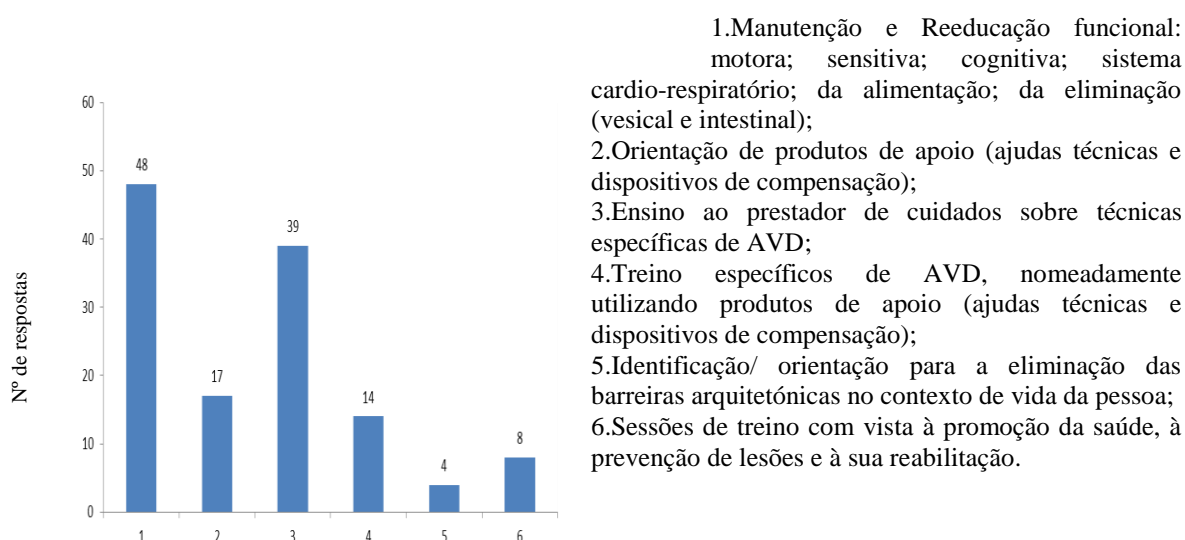
Em síntese verificamos que a variável idade é a que mais explica a variabilidade da qualidade de vida nos domínios Energia, Disposição, Papel Social, Mobilidade, Trabalho/Produtividade, Força do Membro Superior sendo neste último o que mais se destaca em termos de explicação da variabilidade da qualidade de vida, com 21% ($R^2=0.21$). Observamos ainda que a variável habilitações literárias é a que mais explica a variabilidade da qualidade de vida no domínio dos Autocuidados, com 17% ($R^2=0.17$), valor este que se repete, em termos de contributo para a qualidade de vida no domínio da Força do Membro Superior.

CAPITULO 6 - OPINIÃO DOS DOENTES RELATIVAMENTE Á INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Com a finalidade de conhecer a opinião dos doentes relativamente à intervenção do Enfermeiro de reabilitação, na qualidade de vida do doente, elaborou-se a seguinte questão: “No seu entender a intervenção do enfermeiro de reabilitação foi importante? Sim ou Não? Porquê?”.

Ao analisarmos as respostas a esta questão verificamos que todos os doentes responderam que a intervenção do enfermeiro de reabilitação foi importante. Da análise das respostas foi possível agrupar as mesmas nas diferentes áreas de intervenção do enfermeiro de reabilitação. As respostas foram agrupadas de acordo com competências do enfermeiro de reabilitação descritos pela Ordem do Enfermeiros, sendo que o gráfico 1 apresenta a frequência com que cada intervenção foi referida pelo doente.

Gráfico 1 – Distribuição dos contributos da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação para a qualidade de vida dos doentes.



No decorrer da análise do gráfico 1, que foi construído a partir das respostas obtidas na pergunta aberta, destaca-se que 48 dos doentes revelaram que o enfermeiro de reabilitação foi importante para melhorar a sua qualidade de vida. De entre as respostas verifica-se que as justificações vão desde a contribuição do enfermeiro de reabilitação para manutenção e reeducação funcional: motora, sensitiva, cognitiva, sistema cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação (vesical e intestinal); 39 dos doentes responderam que a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação se

relaciona com o ensino efetuado ao prestador de cuidados sobre técnicas específicas de AVD; 17 respostas justificaram a importância pelo facto de o enfermeiro ter orientado para produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); 14 respostas enunciaram que foi importante para treino específico de AVD, nomeadamente na utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); 4 respostas salientam que foi importante para identificação/ orientação para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa; 8 respostas sugerem que foi importante para sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação.

CAPITULO 7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior apresentámos os resultados dos dados obtidos. Neste capítulo, apresentamos a discussão dos resultados procurando relacionar os mesmos com o enquadramento nas bases teóricas que lhes serviu de referência.

Variáveis Sociodemográficas

Relativamente às variáveis sociodemográficas verificamos que os sujeitos da amostra possuem uma média de idades de 76 anos, na sua maioria são mulheres (66.7%), casados ou em união de facto (54.9%), com o 4º ano de habilitações literárias (49%), maioritariamente reformados (90.2%).

A média de idades encontrada no nosso estudo vai de encontro aos resultados encontrados por Martins (2006) e Marques (2007) que referem que apesar do AVC afetar pessoas de todas as idades, em adultos jovens e mesmo em crianças, o risco de AVC só é significativo a partir dos 50 anos, duplicando ou triplicando por cada 10 anos de avanço na idade. Três quartos dos novos acontecimentos de AVC surgem em indivíduos com 65 ou mais anos, sendo que a idade mais frequente para ocorrência do AVC é entre os 65 e 85 anos. Visto que a maioria da amostra apresenta idade avançada, o fator idade demonstra um significativo mas reduzido efeito no resultado funcional; Rua (2012) complementa referindo que por norma, associa-se a idade aos fatores de risco do AVC e não à qualidade de vida.

Apuramos no nosso estudo que a maioria dos participantes é do sexo feminino. Este resultado pode estar relacionado, com o facto de, segundo Martins (2006) a mulher beneficiar de uma proteção hormonal enquanto jovem, o que não acontece no homem podendo-o levar a maior exposição na incidência do AVC ao homem. Segundo Martins (2006), e contrariamente ao encontrado no nosso estudo, a incidência do AVC é 1.25 vezes maior no homem. Contudo, e atendendo à média de idades da nossa amostra, após a menopausa, a mulher passa a estar mais vulnerável ao acontecimento, fenómeno devido à ausência dos estrogénios endógenos.

Relativamente ao estado civil verificamos que 28 sujeitos (54.9%) são casados ou se encontram em união de facto, seguindo 17 sujeitos (33.3%) que são viúvos, 4 sujeitos (7.8%) são solteiros e 2 sujeitos (3.9%) estão separados/divorciados. Cerveira

(2011) também encontrou resultados semelhantes aos do nosso estudo pois verificou que a sua amostra é constituída maioritariamente por indivíduos casados e que os indivíduos solteiros e divorciados são os menos representados. Leite (2004) revela que a maioria da população residente em Portugal está casada (49.5%) e a minoria é divorciada (2.8%), o que também poderá explicar esta característica na nossa amostra. Os nossos dados estão também em consonância com os encontrados por Martins (2006), tendo em conta que a sua amostra era constituída na maioria por doentes casados/união de facto, com um baixo nível de escolaridade.

No que diz respeito às habilitações literárias observamos um reduzido nível de habilitações literárias: 24 sujeitos (47.1%) não têm habilitações literárias, 25 sujeitos (49.0%) têm até ao 4º ano, 2 sujeitos (3.9%) têm até ao 6º ano.

Ao encontro destes resultados vem os obtidos por Rua (2012) que no seu estudo, em relação às habilitações literárias, a percentagem mais significativa foi para os doentes com um nível baixo de escolaridade.

Hipótese 1

Espera-se que a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação em contexto domiciliário acrescente qualidade de vida ao doente com AVC.

Relativamente à **hipótese 1**, os achados obtidos no nosso estudo permitiram-nos concluir que nos domínios Capacidade Mental, Linguagem, Visão e Trabalho/Produtividade, entre o primeiro e o segundo momento, existe um aumento na qualidade de vida com um efeito médio. Nos domínios Energia, Papel Familiar, Disposição, Personalidade, Papel Social, Mobilidade, Função Membro Superior e Autocuidados verificamos um aumento na qualidade de vida com um efeito grande.

Estes resultados vão de encontro ao referido por Cerveira (2011) na medida em que este autor concluiu no seu estudo que, a maioria dos doentes da amostra, após um período de um mês a três meses após o AVC, os doentes apresentaram uma recuperação significativa nos níveis de independência funcional. O autor refere ainda que esta recuperação está diretamente relacionada ao início de um programa de reabilitação precoce e com os cuidados para prevenir deformidades. Também Simões e Grilo (2012)

realçam que esta precocidade permite ao profissional atuar de modo antecipatório e preparar a mudança atenuando as dificuldades e prevenindo seus aspetos negativos.

Verificamos no nosso estudo que os domínios Capacidade Mental, Linguagem, Visão e Trabalho/Produtividade, por apresentarem um valor de tamanho efeito menor que os restantes, são os domínios mais afetados. Monteiro (2011) num estudo com recurso à EQVE-AVC, encontrou resultados similares aos obtidos por nós, nomeadamente no que tange ao domínio Trabalho/Produtividade como sendo dos domínios mais afetados pelo AVC. No entanto, Monteiro (2011) verificou ainda que para além deste domínio, os domínios mais afetados são os das Relações Sociais, Energia e Papel Familiar, o que se contrapõe ao encontra do no nosso estudo, uma vez que na nossa amostra os domínios mais afetados são a Capacidade Mental, Linguagem, Visão e Trabalho/Produtividade.

Vários autores sustentam os dados obtidos no nosso estudo no que confere às possíveis causas que podem estar na origem de um efeito médio nos domínios Capacidade Mental, Linguagem, Visão e Trabalho/Produtividade. Assim, Cancela (2008) refere que só uma pequena parte das pessoas que tiveram um AVC regressam ao trabalho, em consequência das sequelas físicas e cognitivas. Contudo, após um ano do AVC, mais de metade dos sobreviventes não evidenciam hemiparésia ou hemiplegia, sendo que a recuperação segue uma curva ascendente entre os 3 e os 6 meses após o AVC, para alcançar cerca de 85% a 90% da recuperação possível entre os 12 e os 18 meses.

O resultado de efeito médio do domínio Trabalho/Produtividade, encontrado no nosso estudo, poderá ainda ser reforçado por Sá (2009) quando refere que dentro das consequências do AVC estão as deficiências física e psíquica, a retirada da atividade profissional, a reforma antecipada, a necessidade de apoio familiar e social, o aumento do número de consultas e do consumo de medicamentos, a diminuição de recursos materiais, a necessidade de reabilitação física e psíquica, assim como apoio psicológico, entre muitas outras dimensões de assistência e apoio a estas pessoas.

Monteiro (2011), reforçando o facto de no nosso estudo um dos domínios mais afetados ser o domínio Energia, refere que a fadiga se manifesta na falta de energia

física e mental, sendo que muitos doentes a mencionam como uma das sequelas mais difíceis de se ajustarem. Costa (2009) complementa estes dados, pois refere que as alterações nas funções por AVC podem originar uma diversa mudança, sendo os défices das funções sensoriais, motoras, comportamentais, preceptivas e da linguagem os mais frequentes. O autor menciona ainda que os doentes após sofrerem AVC podem apresentar alterações do raciocínio, consciência limitada ou falta de consciência das suas limitações. Esta grave e generalizada insuficiência cognitiva pode levar à diminuição do processamento da informação ou até provocar alterações da orientação, atenção, memória, visuo-espaciais e visuo-construtivas, flexibilidade mental, planeamento e organização da linguagem. Este facto pode explicar o que encontramos no nosso estudo em que o efeito médio obtido no domínio Capacidade Mental, Visão e Linguagem uma vez que, e de acordo com Silva (2011) a recuperação ocorre, mas défices residuais podem permanecer por longo período de tempo, estando associados a um progresso mais lento na reabilitação.

De acordo com o verificado no nosso estudo, e conforme refere Ricardo (2012) o processo de reabilitação é fundamental, pois permite aos doentes que sofreram um AVC adquirir mais qualidade de vida. Este facto não se deve apenas ao esforço e empenho do enfermeiro de reabilitação mas também do doente e respetiva família. A enfermagem de reabilitação está direccionada para a aplicação precoce de técnicas de reabilitação específicas com a finalidade de evitar sequelas e complicações inerentes à situação clínica e imobilidade, aproveitando ao máximo as capacidades para o restauro da função e diminuição de incapacidades, contribuindo para uma rápida reintegração do doente no contexto familiar. Após a reabilitação inicial, há alguma evidência que a reabilitação de qualquer tipo de AVC reduz a incidência da deterioração funcional e mantém ou melhora as AVD, principalmente se a reabilitação inicial for intensiva nos primeiros seis meses. A reeducação das AVD é fulcral para a reinserção sociofamiliar, apesar de ser um processo demorado e que acarreta dificuldades não só para o doente como para o enfermeiro de reabilitação e/ou família.

É ao nível do apoio domiciliário que o enfermeiro de reabilitação tem um papel mais ativo e consegue melhores frutos na reabilitação do doente, pois conforme refere

Silva (2011) o apoio domiciliário é um serviço que permite ao enfermeiro orientar o doente e estimular a realizar exercícios no seu lar. Os cuidados de enfermagem de reabilitação domiciliária deverão estar organizados para serem contínuos, assegurando aos doentes de AVC e às suas famílias, um papel ativo no processo de reabilitação.

Ainda, segundo Simões e Grilo (2012) o AVC causa inúmeras incapacidades temporárias e/ou permanentes, com graus de dependência variados na satisfação das AVD, ocorrências estas que constituem um fator de perturbação do equilíbrio do doente e da família. Ressaltando o efeito grande obtido no nosso estudo no domínio Papel Familiar, o aparecimento de um AVC num elemento da família obriga a uma alteração e redistribuição dos papéis no seio familiar, sendo o sucesso da reabilitação dos doentes com AVC, como é sabido, influenciado pelo suporte que o doente recebe da família. É neste ponto que o enfermeiro de reabilitação ganha ênfase pois é conhecida a importância dos seus cuidados direcionados para ajudar a família na transição para este novo papel. A reintegração no domicílio é parte integrante da reabilitação do AVC, incluindo o ensino de estratégias psicossociais e de *coping*, a adaptação do doente aos cuidadores e vice-versa, promovendo assim o retorno à comunidade e restabelecendo um novo equilíbrio de papéis, mantendo bons níveis de qualidade de vida Simões e Grilo (2012).

Para Costa (2009) o impacto do AVC não ocorre apenas na função física, mas também nas funções psicológicas e sociais, onde as preocupações e rotinas do doente se estendem aos restantes membros da família e comunidade. Por outras palavras, a doença impede ou dificulta o bem-estar psicológico e social e o desenvolvimento do doente e da sua família, circunstancia esta que conduz a um *stress* elevado no que concerne ao fator financeiro e da disponibilidade de tempo da família, com acrescidos problemas de adaptação que interferem na gestão da doença.

Relativamente ao domínio Capacidade Mental, o resultado obtido pode estar associado com o que é referido por Sá (2009), de que mais de metade dos doentes que sofreram AVC acaba por sofrer de depressão e que a frequência deste fenómeno aumenta com o tempo. São acometidos por emoções instáveis, sendo capaz de inibir a expressão das emoções espontâneas, que rapidamente alteram o seu comportamento

emocional sem qualquer razão aparente. A depressão, assim como as perturbações da comunicação e da linguagem aumentam a probabilidade de alterações cognitivas, podendo-se afirmar que o AVC afeta notavelmente várias dimensões da qualidade de vida.

Podemos assim concluir que o enfermeiro de reabilitação desempenha um papel fundamental no processo de reabilitação de um doente com AVC, uma vez que este profissional de saúde realiza tarefas fulcrais para a recuperação e o restabelecimento da qualidade de vida. Atendendo aos objetivos do processo de reabilitação, considera-se que os enfermeiros percecionam-se como agentes de reabilitação, isto é, estão despertos para a necessidade da implementação de um programa de reabilitação imediato que visa não só a primeira hora, a prevenção de sequelas e a recuperação física, mas ainda a reintegração familiar e social, prestando na sua prática diária cuidados que visam estes mesmos objetivos.

Hipótese 2

Espera-se que as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e habilitações literárias), contribuam de forma diferente, para a qualidade de vida nos doentes após AVC.

Relativamente à **hipótese 2** foi possível verificar no nosso estudo que a idade é inversamente proporcional á qualidade de vida no domínio Energia, Papel Familiar, Disposição, Papel Social, Mobilidade, Força Membro Superior e Trabalho/Produtividade; a variável habilitações literárias influencia positivamente a qualidade de vida nos domínios Energia, Disposição, Papel Social, Capacidade Mental, Linguagem, Mobilidade, Força Membro Superior, Trabalho/Produtividade e Autocuidados. Verificamos ainda que a variável género e estado civil não influenciam nenhum dos domínios da qualidade de vida e os domínios Personalidade e Visão não são influenciados por nenhuma das variáveis estudadas.

De facto, com o aumento da idade o indivíduo experimenta alterações em vários sistemas do organismo, ao nível da visão, da audição, do metabolismo, declínio das atividades intelectuais, alterações no aparelho locomotor, sendo portanto as pessoas idosas mais limitadas física e mentalmente. No processo natural do envelhecimento, nos indivíduos com AVC e com idade superior a 65 anos as capacidades funcionais são menores e os graus de dependência são maiores (Andrade, 2009). A OMS (2003) menciona que os doentes mais jovens têm uma maior probabilidade maior de recuperação do que aqueles com mais de sessenta anos de idade, o que pode ser potenciado por problemas adicionais nos idosos. Estes dados vão de encontro aos nossos pois reforçam que a idade é inversamente proporcional à capacidade de recuperação e consequente melhoria da qualidade de vida. Também Haase e Lacerda (2004) corroboram os dados obtidos no nosso estudo ao referirem que a possibilidade de recuperação funcional é inversamente proporcional à idade, uma vez que quanto mais jovem o individuo, maior a possibilidade de recuperação, devido a neuroplasticidade cerebral. O prognóstico e os ganhos do individuo com AVC sob programa de reabilitação, dependem do tipo, extensão e gravidade da lesão, sendo mais grave em caso de hemorragia e em idades mais elevadas, pois um cérebro mais jovem tem maior

plasticidade e adaptação funcional (Menoita [et. al.], 2012) e o envelhecimento produz alterações significativas em vários sistemas do corpo humano, diminuindo algumas das faculdades, o que leva, conseqüentemente, à diminuição da qualidade de vida (Sousa, 2012).

Garber (2010) também corrobora os dados obtidos no nosso estudo pois refere que a capacidade de realizar uma tarefa motora requer o envolvimento de diversos sistemas, sobretudo o psicológico, o neuromotor, o músculo-esquelético e o cardiorrespiratório. Como a função normal destes sistemas se deterioram ao longo do tempo com a idade, podendo também ser alterada pela presença de uma doença, neste caso o AVC, as manifestações clínicas traduzir-se-ão, principalmente, em alterações cognitivas, motoras e físicas, o que conseqüentemente afeta a saúde física e mental, resultando no comprometimento da qualidade de vida. As condições de vida afetam a saúde e esta influencia a qualidade de vida (Garber, 2010).

Relativamente à influência do estado civil, no nosso estudo esta variável não foi estatisticamente significativa, no entanto, a literatura aponta para o contrário. De facto Oliveira (2003) revela que os doentes casados apresentam uma maior probabilidade de recuperação funcional pois a família assume um papel preponderante na recuperação do indivíduo. O estudo realizado por Borges (2013) evidencia que o estado civil influencia significativamente a independência funcional, verificando que indivíduos casados apresentam uma maior probabilidade de recuperação funcional, pois a família assume um papel crucial na recuperação do indivíduo.

Também Rua (2012) refere que a limitação da capacidade funcional, situações de viuvez ou laços familiares pouco consistentes podem também induzir a restrições dos contatos sociais e conduzir ao isolamento, perturbando a dimensão social destes doentes. A viuvez, por norma, está associada a um aumento de dependência e ao aumento da institucionalização (Rua, 2012). Em compensação, os indivíduos casados ou que vivem acompanhados possuem um maior apoio quando comparados aos solteiros, viúvos ou separados. (Malheiro [et. al.], 2009).

No nosso estudo constatamos que as habilitações literárias são proporcionais à melhoria da qualidade de vida. Rua (2012) reforça os dados obtidos no nosso estudo ao

evidenciar que os indivíduos com baixo nível de escolaridade tem uma percepção mais negativa da sua qualidade de vida o que pode dificultar a consciencialização das necessidades de cuidados de saúde ao longo da vida. Por outro lado Costa (2009) contraria os dados por nós obtidos ao referir que as habilitações literárias pode ter alguma influência no controlo emocional após o AVC, mas não determinam grande variação no impacto que esta condição tem na saúde e consequente qualidade de vida do indivíduo (Costa, 2009).

Os dados obtidos no nosso estudo relativamente à relação entre o género e os domínios da qualidade de vida vão de encontro à perspetiva do que afirma Santos (2010) que constatou, não existirem diferenças estatisticamente significativas entre o género e as diversas dimensões da escala da qualidade de vida nos doentes após AVC. Estes dados são corroborados por Tubone (2007), tendo em conta que este autor também não registou resultados estatisticamente significativos entre o género e a qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC. Também Cerveira (2011), Marques (2012) e Oliveira (2013) não encontraram nos seus estudos diferenças estatisticamente significativas na evolução dos doentes com AVC, relativamente ao género, ou seja, a variável género não influenciou a qualidade de vida dos doentes.

Opinião dos doentes sobre a importância do Enfermeiro de Reabilitação

Relativamente à opinião dos doentes sobre a importância do enfermeiro de reabilitação no seu processo de recuperação, obtivemos 48 respostas que revelam que o Enfermeiro de Reabilitação foi importante para melhorar a qualidade de vida na medida que promoveram manutenção e reeducação funcional: motora, sensitiva, cognitiva, sistema cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação (vesical e intestinal).

Ao encontro do nosso estudo vai Sá (2009) que revela no seu estudo que mais de metade dos doentes que sofrem um AVC apresentam uma saúde mental negativa, podendo, inclusive, resultar em depressão, sendo que esta tende a aumentar com o tempo, assim como a sua associação a perturbações de linguagem e de comunicação que tendem a aumentar o risco de desenvolvimento de défices cognitivos. Costa (2009) reforça que as alterações nas funções por AVC podem originar diversos défices, sendo

os mais frequentes défices das funções sensoriais, motoras, comportamentais, preceptivas e da linguagem.

Segundo Oliveira (2013), de encontro ao observado no nosso estudo as estratégias de reabilitação e promoção de saúde são conduzidas para a especificada dos problemas, que incluem a vertente psicológica, físico-funcional, social e familiar, possibilitando a sensação de independência e participação.

Ainda Scalzo (2010) refere que os fatores psicossociais podem alterar os padrões de comportamento dos doentes com AVC, que pela sua estrutura abalada muitas vezes, sentem dificuldade na aceitação e conformidade com a doença e com o tratamento. O suporte social oferecido ao doente e a forma como é recebido e percebido é de extrema importância para o desenvolvimento de novas estratégias para enfrentar toda a situação vivenciada, que o auxiliem na preservação da qualidade de vida, atenuando o sofrimento face à doença e suas sequelas que tanto o fragiliza e o pode tornar dependente. Com este apoio o desempenho emocional do doente aumenta. Os doentes com AVC que não possuem tanto apoio familiar e social percebem os efeitos da doença de forma negativa, o que interfere no modo como estes avaliam a sua qualidade de vida, que se apresenta também ela negativa. Os indivíduos com melhor funcionalidade familiar são os que apresentam um maior nível de independência funcional (Oliveira, 2003). A dependência funcional tem consequências e repercussões para a família, sociedade, sistema de saúde e acima de tudo, para o próprio doente, uma vez que a incapacidade e consequente dependência provoca maior vulnerabilidade, contribuindo para a diminuição do bem-estar e realização pessoal (Cerveira, 2011).

Relativamente á reeducação vesical e intestinal pode-se constatar a importância atribuída ao enfermeiro de reabilitação em relação a melhoria da qualidade de vida, quando os doentes referem que este, através da sua intervenção promove uma reeducação vesical e intestinal, pois, e indo ao encontro do referido por Branco (2009), a incontinência tem um impacto na qualidade de vida das pessoas, traduz-se numa situação constrangedora com consequências avassaladoras na vida da pessoa, pela marginalização do convívio social e frustrações psicossociais.

Também Costa (2003) designa que de um modo geral a incontinência provoca fortes sentimentos de vergonha, constrangimento e dependência, sendo que nas pessoas mais idosas, que geralmente são subestimadas, pode desencadear depressão, isolamento social e institucionalização. Para além disso, segundo este mesmo autor, a incontinência altera significativamente o dia-a-dia do doente, não só no que se refere às AVD mas também no que concerne à atividade profissional, pois muitas vezes se veem obrigadas a abandonar o emprego porque não conseguem desempenhar as suas tarefas como antes ou pela vergonha ou receio de que um episódio de incontinência os embarace perante os colegas. O mesmo se aplica em relação aos amigos e familiares, gerando um crescente distanciamento e consequentemente verifica-se um decréscimo da sua qualidade de vida (Costa, 2003).

O referido por Cerveira (2011) vai ao encontro ao obtido no nosso estudo na medida em que refere que desde tenra idade que o ser humano procura atingir a sua independência funcional nomeadamente a capacidade de realizar algo com os próprios meios. Está ligada à mobilidade e capacidade funcional, onde o indivíduo vive, sem requerer ajuda para a execução das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Estas incapacidades são basicamente a nível das AVD, como a alimentação, a eliminação, a higiene, o vestir, a mobilidade, a relação com a família e com a sociedade, representando vários níveis de dependência (Cerveira, 2011).

Este dado vai ainda de encontro ao referido por Lessmann [et. al.] (2011), ao enunciar que quando pensamos em reabilitação, como forma de aquisição de habilidades antigas, significa muito mais do que reaprender a andar e vestir-se, ou transferir-se da cama para a cadeira de rodas. As atividades que precisam ser reaprendidas abrangem principalmente redescobrir qual o novo papel do doente no seio da familiar, para poder enfrentar a realidade e os novos problemas do quotidiano. Esses fatores tornam a reabilitação um processo único e específico para cada ser humano e a enfermagem de reabilitação procura atender estas demandas nos aspetos físicos, psicológicos e psicossociais (Lessmann [et. al.], 2011).

Também para Barbosa (2012) a qualidade de vida está diretamente relacionada com a independência para as AVD. Cerveira (2011) refere que os enfermeiros de

reabilitação devem executar as suas intervenções de modo a que os doentes readquiram a capacidade para realizar as AVD representando o primeiro passo no sentido da independência funcional. Segundo este mesmo autor, cabe ao enfermeiro de reabilitação contribuir para que novamente atinjam a capacidade de realizar algo com os próprios meios, atingindo novamente a sua independência funcional, tornando-o o mais independentemente possível e assim melhorando a sua qualidade de vida.

Obtivemos ainda no nosso estudo 39 respostas que sugerem que foi importante a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação para ensino ao prestador de cuidados sobre técnicas específicas de AVD. De facto as AVD fazem parte do quotidiano das pessoas e segundo Marques (2007) as AVD são atividades que realizamos desde nos levantamos até que nos deitamos, isto é, traduzem-se em todas as atividades necessárias aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e à vida comunitária independente.

Após um AVC, o doente manifesta alterações nas diversas AVD, comprometendo na maioria dos casos a independência, requerendo a prestação de cuidadores. Esta situação não atinge somente o doente mas também a sua família e o seu meio ambiente (Menoita [et. al.], 2012).

Ainda Queiroz (2010) refere que após o AVC se verifica uma deterioração das condições sociais das famílias, sendo a qualidade de vida ou satisfação com a vida gravemente afetada. A dinâmica familiar tem tendência a alterar-se devido a uma necessidade de alteração dos papéis sociais desempenhados, de tal forma que passam a ser os cônjuges e/ou os filhos a cuidarem dos doentes, num momento em que a maioria deles tem responsabilidades no que respeita ao trabalho e a outros domínios da vida familiar e social. A relação com o cônjuge é mais afetada, pois este terá de tomar para si todas as responsabilidades referentes à gestão da casa e às atividades sociais do dia-a-dia. Assim, e segundo o mesmo autor, o doente terá boa qualidade de vida se tiver boas condições de efetivar as atividades físicas necessárias para o bom funcionamento da vida diária; se suas funções vitais estiverem preservadas; se for capaz de manter um estado psicológico/emocional adequado para enfrentar as situações da vida; e, finalmente, se puder desenvolver adequadamente a sua vida íntima e as suas relações sociais com os amigos e os membros da própria família (Queiroz, 2010).

Costa (2003) corrobora que é compreensível que a qualidade de vida se relacione especificamente com a saúde e a capacidade do doente e seus familiares se ajustarem a uma doença específica e às suas sequelas, isto é, ao impacto da doença na sua vida quotidiana, tal como é percecionada ao nível dos aspetos relacionados com a sintomatologia depressiva, da mobilidade, dor, sono, reações emocionais, energia e isolamento social.

É perante este contexto que se pode realçar que o enfermeiro de reabilitação se centra cada vez mais na qualidade de vida do doente e família e, em ambiente domiciliário, os cuidados necessários e responsabilidades são direcionados para o doente e sua família (Augusto, 2009).

Os enfermeiros de reabilitação constituem uma mais-valia na recuperação do doente, pois as suas intervenções são baseadas em conhecimentos fundamentados, bem como aptidões técnicas cada vez mais aperfeiçoadas na área da Reabilitação (Menoita [et. al.], 2012). Estes são dotados de competências que lhes permitem trabalhar a recuperação funcional, a promoção do autocontrolo e o autocuidado, capacitando o doente e consequentemente a sua a família para lidarem com a situação de dependência (Augusto, 2009).

Esta opinião é ainda defendida por Couto (2012) pois refere que as intervenções de enfermagem de reabilitação exigem um envolvimento do doente e da família no processo de reabilitação, o que cria oportunidades de confrontação do doente e família relativamente aos défices e limitações, o que se traduz numa maior consciencialização da situação de saúde do doente. Paralelamente, gera também a oportunidade de, em conjunto, encontrar soluções com a finalidade de ultrapassar as limitações.

É relevante realçar que um programa de reabilitação dirigido ao doente com AVC deve ser holístico, onde família é parceira e alvo de cuidados, com validade ecológica, constando de exercícios em que o doente é incentivado através de situações do dia-a-dia a concentrar-se, interagir, raciocinar, tomar decisões e expressar sentimentos e pensamentos (Cancela, 2008).

O enfermeiro de reabilitação deve ser o promotor da liberdade para que o doente possa fazer as suas próprias escolhas, encaminhando-o e aconselhando sobre meios que lhe permitam encontrar novas saídas, novos caminhos, significativos e compatíveis com a sua nova situação, fomentando mecanismos de *coping* focalizados na emoção e no problema, na perspetiva de ganho na qualidade de vida Hesbeen (2003). O enfermeiro de reabilitação tem a capacidade de oferecer ao doente a bússola do reencontro de si, de um novo saber viver, contribuindo assim para que os idosos se sintam estimados, que sintam que o futuro ainda vale a pena Hesbeen (2003).

Menoita [et. al.] (2012) reforça os dados obtidos no nosso estudo, fazendo referência de que a situação de dependência, em contexto familiar, requer do prestador de cuidados uma adaptação que passa pela aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades para lidar com os problemas surgidos, que afetam o bem-estar e o autocuidado, sendo que o enfermeiro de reabilitação tem um papel crucial na transferência dos conhecimentos necessários para promover a readaptação funcional do doente. Assim a educação para a saúde torna-se um pilar basilar para a manutenção, recuperação do equilíbrio familiar, favorecendo a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. Ainda segundo este autor o enfermeiro de reabilitação habilita a família a gerir os recursos individuais, familiares e sociais, de modo a que constituam fatores de proteção perante as condições adversas, como o caso de uma incapacidade adquirida (Menoita [et. al.], 2012).

Os nossos dados vão também ao encontro do dito por Figueira (2008) ao realçar ainda que todos os procedimentos e técnicas para realização dos autocuidados devem ser ensinados/treinados ao doente mas também à família para que num futuro próximo sejam capazes de realizá-los independentemente. O enfermeiro de reabilitação pela capacidade de aplicar estratégias para motivar o doente/família, pois é sabido que a motivação é a chave da reabilitação e é crucial que o doente/família estejam motivados para quererem e atingir a reabilitação, independentemente das ajudas que possa ter. O enfermeiro de reabilitação tem a missão de criar condições para assegurar as capacidades funcionais dos doentes, evitar complicações e devolver o direito dos doentes à qualidade de vida, à socialização e à dignidade (Figueira, 2008).

Os nossos dados vão ainda ao encontro do evidenciado por Ricardo (2012) quando refere que as diferentes intervenções da reabilitação têm como objetivo fundamental ajudar os doentes a adaptarem-se às suas incapacidades, favorecer a sua recuperação funcional, motora e sensorial e promover a sua integração familiar, social e profissional. Nesse sentido, a recuperação do doente após o AVC representa uma importância relevante para a enfermagem de reabilitação, na medida em que a dependência parcial ou total origina nos doentes e cuidadores necessidades de adaptação e ajustamento à nova situação de vida sendo que os enfermeiros devem ser agentes facilitadores deste processo de adaptação ajudando as pessoas a gerir transições muitas vezes complexas e implementando intervenções quer aos cuidadores, quer às pessoas com dependências. Lessmann [et. al.] (2011) vem reforçar os dados obtidos no nosso estudo ao defender que é essencial compreender a importância das atividades de reabilitação e da consciencialização do prestador de cuidados/família para tais cuidados, promovendo o reconhecimento da importância das ações, a compreensão do processo e do despertar da participação e colaboração de todos em prol do esmo objetivo. Segundo este mesmo autor, quando o doente reconhece as suas potencialidades, sendo estimulado para as ações de autocuidado, torna-se mais ativo e participativo, refletindo positivamente na autoimagem e autoestima, aumentando, consequentemente, a motivação, e esta por sua vez diminuiu a depressão, ansiedade e o isolamento social, conseguindo uma melhor qualidade de vida.

Apuramos no nosso estudo que 17 respostas sugerem que a intervenção do enfermeiro de reabilitação foi importante para a seleção/orientação de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação). Estes podem ser reforçados por Menoita [et. al.] (2012) que refere que o enfermeiro de reabilitação deve ter presente as competências que permitem promover no doente após AVC a máxima independência e prevenção de complicações. Este deve adequar as suas intervenções de modo a atenuar o problema detetado, recorrendo muitas vezes a Ajudas Técnicas ou Produtos de Apoio. Estes, segundo o mesmo autor, são meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas pois permitem uma atividade mais independente, com maior comodidade, com menor esforço e dor, com o menor dispêndio de energia e maior comodidade. Ajudam no posicionamento correto,

estabilização do corpo ou partes do corpo, na prevenção de deformidades e na realização de tarefas de forma segura.

Encontramos no nosso estudo 14 respostas que mencionam que o enfermeiro de reabilitação foi importante para treino específico de AVD. Sousa (2012) refere que a maioria dos doentes experiencia perda de sensações sensoriais no hemicorpo afetado, sendo este défice sensorial responsável por pobres resultados funcionais. Os défices na sensibilidade estão intimamente ligados à dependência nas atividades de vida diárias e á recuperação do doente.

Menoita [et. al.] (2012) reforça os dados encontrados no nosso estudo pois profere que o treino das AVD é de extrema importância na promoção do autocuidado, tendo presente o estímulo do doente para que evolua positivamente e se torne o mais independente possível, cujo método passa por ajudar o doente somente naquilo que não consegue fazer sozinho, no sentido de obter uma maior autonomia, bem como o aumento da autoestima. Ainda de acordo com este autor inicialmente as AVD podem ter que ser realizadas totalmente pelo enfermeiro de reabilitação, contudo, como o programa de reabilitação é gradual, individualizado e personalizado a cada situação, necessidades, potencialidades e prioridades do doente, deve-se integrar e envolver precocemente e sempre que possível a família, especialmente o elemento que será o cuidador, sendo assim o sucesso da reabilitação dependente do envolvimento da família. De facto, sendo o cuidador, responsável pela integração do doente no domicílio, através da intervenção do enfermeiro de reabilitação pode esclarecer dúvidas in loco, sentindo o apoio e parceria do enfermeiro, de forma a sentir mais segurança enquanto futuro prestador de cuidados (Coelho, 2011).

Podemos constatar ainda que 4 respostas salientaram que a intervenção do enfermeiro de reabilitação foi importante para identificação/orientação de barreiras arquitetónicas. De encontro aos nossos dados vai Coelho (2011) quando defendendo que ao realizar ensinos, o enfermeiro de reabilitação, adapta-os à estrutura física do espaço domiciliário, simultaneamente identifica potenciais problemas, tal como a existência de barreiras físicas. Após o diagnóstico da situação, o enfermeiro orienta para possíveis

alterações necessárias tendo como objetivo promover a adaptação do doente ao meio e a segurança do doente e a promoção da sua independência.

Ainda de acordo com este autor, uma vez que os doentes e família têm de arranjar alternativas, quer em modificar as suas próprias habitações quebrando barreiras ergonómicas (camas altas, cadeiras sem apoios laterais) e arquitetónicas, nomeadamente a largura das portas (de modo a ficar ajustada à largura das ajudas técnicas), colocação de rampas e corrimões, bem como alterações nas instalações sanitárias, acrescentando apoios e barras de segurança nas paredes e adaptar a banheira com cadeira giratória que permita entrar e sair da banheira de forma segura. Assim, esta intervenção do enfermeiro de reabilitação torna-se primordial para que o doente e sua família consiga a preparação e adaptação de ambos à nova situação de doença e/ou dependência. Isto porque, segundo Hesbeen (2003), a enfermagem de reabilitação, assente na relação de ajuda e parceria, tem como objetivos a obtenção do nível máximo da autonomia do doente, para a restauração da função e otimização do seu estilo de vida.

SÍNTESE/CONCLUSÕES

O AVC é uma doença com impacto mundial, causa de incapacidade funcional, acometendo limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, podendo alterar a dinâmica da vida da pessoa e consequentemente a qualidade de vida da mesma (Menoita [et. al.], 2012).

A recuperação do doente após AVC tem, para a enfermagem de reabilitação, uma importância fundamental pois é considerada uma mais-valia na restituição da função pré-enfermidade, maximizando o seu potencial multidimensional e minimizando a incapacidade e dependência (Cerveira, 2011)

Este estudo pretendeu caracterizar a qualidade de vida de doentes com sequelas de AVC, com recurso a uma escala específica para esta população, a Escala de Qualidade de vida Especifica para Doentes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral de (Malheiro [et. al.], 2009), que possibilita avaliação da qualidade de vida analisando os domínios mais afetados.

Procedemos anteriormente à apresentação dos resultados, análise e discussão dos mesmos e passamos agora a apresentar as principais conclusões do estudo seguidas das limitações do mesmo e perspetivas futuras.

Relativamente à caracterização sociodemográfica, os resultados revelaram que, os sujeitos da amostra são, na maioria mulheres (66.7%), com uma média de idade de 76 anos, casados ou em união de facto (54.9%) e com o 4º ano de habilitações literárias (49%).

Ao analisar a hipótese 1 **“Espera-se que a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação em contexto domiciliário acrescente qualidade de vida ao doente com AVC”** os resultados obtidos permitiram-nos concluir que se verificou uma melhoria na qualidade de vida, entre o primeiro e o segundo momento, 2 meses após a alta, pois obtivemos nos domínios Capacidade Mental, Linguagem, Visão e Trabalho/Produtividade um ganho na qualidade de vida com um efeito médio e nos domínios Energia, Papel Familiar, Disposição, Personalidade, Papel Social, Mobilidade,

Função Membro Superior e Autocuidados um ganho na qualidade de vida com um efeito grande.

Ao analisarmos a hipótese 2, **“Espera-se que as variáveis sociodemográficas género, idade, estado civil e habilitações literárias, contribuam de forma diferente, para a qualidade de vida nos doentes após AVC”** foi possível verificar que a idade é inversamente proporcional á qualidade de vida no domínio Energia, Papel Familiar, Disposição, Papel Social, Mobilidade, Força Membro Superior e Trabalho/Produtividade; a variável habilitações literárias influencia positivamente a qualidade de vida nos domínios Energia, Disposição, Papel Social, Capacidade Mental, Linguagem, Mobilidade, Força Membro Superior, Trabalho/Produtividade e Autocuidados. Verificamos ainda que a variável género e estado civil não influenciam nenhum dos domínios da qualidade de vida e os domínios Personalidade e Visão não são influenciados por nenhuma das variáveis estudadas.

Relativamente à perceção dos doentes no que diz respeito à importância do enfermeiro de reabilitação concluímos que 48 respostas obtidas revelam que o enfermeiro de reabilitação foi importante para melhorar a qualidade de vida na medida que promoveram manutenção e reeducação funcional: motora, sensitiva, cognitiva, sistema cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação (vesical e intestinal); Verificamos ainda que 39 respostas indicam que foi importante para ensino ao prestador de cuidados sobre técnicas específicas de AVD.

Consideramos que a realização deste estudo foi um percurso de aprendizagem com partilha de experiências e conhecimentos que nos proporcionaram o crescimento pessoal e profissional, contribuindo ainda para a reflexão sobre o impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação. No entanto consideramos que na elaboração de um trabalho de investigação existem sempre algumas limitações e perspetivas futuras e que por isso as apresentamos de seguida.

Limitações do estudo

Destacamos como uma limitação do estudo o facto de o consentimento para recolha de dados por parte das UCCMDR's chegar muito tardiamente; a escassez de

tempo para elaboração do estudo causado pela carga horária da atividade profissional foi também uma grande limitação.

Apesar de tudo, conseguimos ultrapassar as dificuldades e chegar até aqui e agora consideramos importante, antes de dar o trabalho por terminado deixar algumas sugestões para futuro e vamo-nos referir de forma mais específica à prática de cuidados, á formação e à investigação.

Para a prática de cuidados em saúde...

Consideramos pertinente que após a conclusão deste estudo se faça a partilha dos resultados com as UCCMDR's, e os responsáveis das mesmas de forma a promover momentos de reflexão, visando sensibilizar para a problemática e para os ganhos em saúde promovidos com a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Para a formação...

Consideramos que este estudo poderá ser útil para refletir sobre a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação junto do doente com AVC e reforçar o facto de que reabilitar não passa apenas por prevenir sequelas e diagnosticar precocemente, mas também recuperar a qualidade de vida ao doente, ao ajudá-lo a adaptar-se à nova situação.

É importante realçar o papel do enfermeiro no processo de reabilitação, fazendo-se assim realçar a importância do enfermeiro de reabilitação e se valorizar o benefício da sua intervenção na equipa multidisciplinar.

A compreensão das particularidades do AVC, assim como suas características e fatores determinantes, conferem aos profissionais de saúde, habilidades para atuar junto ao doente acometido, proporcionando maiores oportunidades de redução dos danos e incapacidades, promovendo uma melhor qualidade de vida bem como um viver melhor e mais feliz.

Para a investigação....

A realização de estudos de investigação deste âmbito permite dar visibilidade aos diferentes contextos dos cuidados de enfermagem de reabilitação e impulsiona a

partilha de experiências, para além de promover uma prática baseada na evidência. Assim consideramos importante a continuação da investigação nesta área e a realização de um estudo de investigação que permita a continuidade deste estudo com o objetivo de descobrir a perceção dos prestadores de cuidados relativamente à importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação para a recuperação da qualidade de vida, perspectivada pelo prestador de cuidados.

Desta forma, consideramos ter atingido com sucesso os objetivos delineados para este estudo e, assim, contribuir para a visibilidade da enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário e para a qualidade de vida do doente após AVC.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Marco, GUTIERREZ, Gustavo e MARQUES, Renato – **Qualidade de vida – Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Edições EACH, 2012.

ANDRADE, Fernanda - **O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal**. Braga: Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia, 2009. Tese de mestrado.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DO ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO - **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. (2011), pp. 1-16.

AUGUSTO, Berta - Entrevista à enfermeira Berta Augusta: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. **Sinais Vitais**. Coimbra. Nº86 (2009, Setembro), p. 11-15.

BANJA, Daniela [et al.] - Análise da funcionalidade e da qualidade de vida de pacientes com sequelas neurológicas. **Revista Saúde e Pesquisa**. V.5, Nº1 (2012, jan./abr), p. 49-57.

BARBOSA, Maria - **Custos e efectividade da reabilitação após acidente vascular cerebral – uma revisão sistemática**. Coimbra. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2012. Tese de mestrado.

BORGES, Sofia - **Factores determinantes na independência funcional em doentes pós AVC: estudo comparativo**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, 2013. Tese de mestrado.

BRANCO, Teresa. - Estratégias na incontinência urinária – novas abordagens. **Sinais Vitais**. Coimbra. Nº83 (2009, Março), p. 16-23.

BRANCO, Teresa e SANTOS, Rui - **Reabilitação da Pessoa com AVC**. Coimbra: Formasau, 2010.

CACHO, Enio; MELO, Francisco e OLIVEIRA, Roberta - Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fulg – Meyer. **Revista Neurociências**. Rio Grande do Norte.V.12, Nº2 (2004).

- CANCELA, Diana - **O acidente vascular cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação**. Porto: Universidade do Porto, 2008. Tese de mestrado.
- CARVALHIDO, Teresa e PONTES, Manuela - Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Edições Universidade Fernando Pessoa**. Porto. (2009), p. 140-150.
- CARVALHO, Marta. Doença Vascular Cerebral. Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Edições Universidade Fernando Pessoa**. Porto. (2009), p. 167-209.
- CERVEIRA, Joel - **Independência Funcional nos doentes com AVC: Determinantes socio-demográficas e clínicas**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, 2011. Tese de mestrado.
- CLARKE, Philippa [et al.] - Well-being after stroke in Canadian seniors. Findings from the Canadian Study of Health and Aging. **Stroke**. Canadian. V.33 (2002), p. 1016-1021.
- COELHO, Rosa - **Determinantes da capacidade funcional do Doente após Acidente Vascular Cerebral**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, 2011. Tese de mestrado.
- COHEN, Jason - A powerprimer. **Psychological Bulletin**. (1992), p. 155–159.
- COSTA, David - **Qualidade de vida: Resultados de uma intervenção social**. Porto: Faculdade de medicina-Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2003. Tese de mestrado.
- COSTA, Rui - **Factores preditores do estado de saúde em indivíduos vítimas de AVC**. Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2009. Tese de mestrado.
- COUTO, Glória- **Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de mestrado.
- DECRETO-LEI nº 101/2006.**DR I Série A**. 109 (2006/06/06).
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiovasculares**. Lisboa, 2006.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – AVC: **Itinerários Clínicos**. Lisboa: Lidel, 2010.

DIZ, Elizabete - **Avaliação da quantidade e qualidade do uso do membro superior parético em contexto domiciliário em indivíduos vítimas de AVC da Escala Motor Activity Log**. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde, 2012. Tese de mestrado.

DUARTE, Susana - **Continuidade em cuidados continuados domiciliários: o papel do enfermeiro**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2010. Tese de doutoramento.

FERREIRA, Ana - **O Impacto da Dor Neuropática na Qualidade de vida**. 2008. Acessível na Escola Superior de Saúde Atlântica – Universidade Atlântica, Barcarena, Portugal.

FERREIRA, Carla [et al.] – **Fatores de risco para acidentes vasculares cerebrais**. [em linha]. (2006). [consultado a 10 de Setembro de 2013]. Disponível na <http://pt.scribd.com/doc/54979235/Frv-Para-Avc>.

FERRO, José - **Acidente Vascular Cerebral**. Lisboa: Lidel, 2006.

FERRO, José e PIMENTEL, José - **Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento**. Lisboa: Lidel, 2006.

FIELD, Andy - **Discovering Statistics Using SPSS**. SAGE Publications Ltd. 3rd ed, 2009.

FIGUEIRA, José - **Pessoa com condição de saúde AVC**. Funchal: Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, 2008.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009.

GARBER, Carol - **Physical and mental health-related correlates of physical function in community dwelling older adults: a cross sectional study**. [Em linha]. (2010). [consultado a 12 de Outubro de 2013]. Disponível na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2835714/>.

GONÇALVES, Lorena - Reabilitar para integrar. **Saber Viver**. (2012, Julho), p. 55-56.

HAASE, Vitor e LACERDA, Shirley - Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. **Temas em psicologia da SBP**. Ribeirão Preto. V. 12, Nº 1 (2004, Jan/Fev), p. 28-42.

HESBEEN, Walter - **A reabilitação: criar novos caminhos**. Loures: Lusociência. 2003.

JONHSTONE, Margaret – **O doente hemiplégico: princípios de reabilitação**. São Paulo: Editora Manole. 1979.

LEITE, Valéria - O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico - motora. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo. V. 39, Nº 1 (2005), p. 92-96.

LESSMANN, Juliana [et al.] - Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **RevBrasEnferm**. Brasília. (2011, Jan/Fev.), p. 198-202.

MALHEIRO, Andreia; NICOLA, Ângela e PEREIRA, Carla - Contributo para a adaptação e validação da Escala de Avaliação da Qualidade de vida para Doentes após AVC (StrokeSpecificQualityofLifeScale: SS-QoL). **Essfiosonline**. V.5, Nº2 (2009, Abril).

MAROCO, João - **Análise Estatística com utilização do SPSS**. Lisboa: Sílabo, 2010.

MARQUES, Sónia - **Os cuidados informais de doentes com AVC**. Coimbra: Formasau, 2007.

MARQUES, Jorge [et al.] - Prevenção e Reabilitação Activa com o Exercício: Idoso e Qualidade de vida. **Practice**, 2009.

MARTINS, Teresa - **Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau, 2006.

MENOITA, Elsa [et al.] - **Reabilitar a Pessoa Idosa Com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente**. Loures: Lusociência, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. [em linha]. (2009). [consultado a 27 de Julho de 2012]. Disponível <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/internamento/Paginas/UnidadesdeMediaDuracaoReabilitacao.aspx>

MONTEIRO, Andreia - **Qualidade de vida (QV) em Indivíduos com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC)**. Vila Nova de Gaia: Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto. Vila Nova de Gaia, 2011. Tese de mestrado.

OLIVEIRA, Carlos – O contexto familiar e social do doente com Acidente Vascular Cerebral. **Associação Portuguesa Enfermeiros. Enfermagem 31/32**. Lisboa. 2ª série (2003, Julho/ Dez).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão 2**. Lisboa, 2011.

ORDEM DOS MÉDICOS - Acidente Vascular Cerebral em Portugal – O Caminho para a Mudança. **ActaMedPort**. (2012, Set/Out), p.263-264.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Promovendo Qualidade de vida após Acidente Vascular Cerebral**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais**. Genebra, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais**. Genebra. WHO, 2009.

PEREIRA, Sofia e BARROS, Henrique - Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. **Acta Médica Portuguesa**. (2004), p. 187-192.

PESTANA, Maria e GAGEIRO, João - **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (3a ed.)**. Lisboa: Sílabo, 2003.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Projeto de apoio e acessória à implantação de um modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e progressivo desenvolvimento dos serviços comunitários de proximidade em Portugal para promoção e desenvolvimento de cuidados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência.** [Em linha]. (2005). [consultado a 14 de Janeiro de 2013]. Disponível na [http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/125979C2-5F77-45EC-8AD0-83698D31F07B/0/Diagnostico Rede Cuidados Cont Integrados Saude.pdf](http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/125979C2-5F77-45EC-8AD0-83698D31F07B/0/Diagnostico%20Rede%20Cuidados%20Cont%20Integrados%20Saude.pdf).

QUEIROZ, José - **Aneurismas Cerebrais – Qualidade de vida e estratégias de prevenção a adoptar.** Coimbra: Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra, 2010. Tese de mestrado.

REDES DE REFERENCIAÇÃO CARDIOVASCULAR DE URGÊNCIA E VIAS VERDES DO EAM E AVC. [Em linha]. (2006). [consultado a 20 de Fevereiro de 2013]. Disponível na http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/diversos/redes_referenciacao.pdf.

RICARDO, Rui - **Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação.** Bragança: Instituto Politécnico de Bragança – Escola superior de Saúde, 2012. Tese de mestrado.

ROCHA, Sara - **Doença cerebrovascular aguda: avaliação de protocolo de trombólise: Unidade de AVCs.** Covilhã: Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE. Faculdade de Ciências da Saúde, 2008. Dissertação de mestrado.

RODRIGUES, William - **Estatística aplicada – 8ª edição.** [Em linha]. (2010). [consultado a 1 de Abril de 2013]. Disponível na <http://pt.scribd.com/doc/58595185/Estatistica-Aplicada-Ed-2010>.

RUA, Maria - **Qualidade de vida do doente após acidente vascular cerebral.** Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, 2012. Dissertação mestrado.

SÁ, Maria. - **Neurologia Clínica Compreender as Doenças Neurológicas.** Porto, edições Universidade Fernando Pessoa, 2009.

SAMPAIO, Rosana [et al.] - **Aplicação da classificação internacional de**

Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. (2005), p. 129-136.

SANTOS, Vítor - **Qualidade de vida Após Acidente Vascular Cerebral**. [Em linha]. (2010). [Consultado a 5 de Novembro de 2013]. Disponível na http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyresQualidade_vida_apos_acidente_vasc_cerebral_enf_vit.pdf.

SCALZO, Paula – Qualidade de Vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clinica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista Neurocienc**. Minas Betim. (2010), p 139-144.

SOCIEDADE PORTUGUESA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - Novos corpos sociais. Triénio 2012-2015. 2ª Reunião das Unidades de AVC. 7º Congresso Português do AVC. **Newsletter SPAVC**. (2012), p. 1-4.

SILVA, António - **AVC – O essencial da Saúde**. Porto: Quidnovi, 2007.

SILVA, Emanuel - **Reabilitação após AVC**. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Medicina. 2011. Tese de mestrado.

SIMÕES, Sílvia e GRILO, Eugénia – **Cuidados e cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação do doente pós acidente vascular cerebral**. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco, 2012. Tese de mestrado.

SOUSA, Maria - **Eficácia de um programa de estimulação sensorial na mão em indivíduos com défices sensoriais, sequela de AVC**. 2012, acessível na Universidade Atlântica. Barcarena, Portugal.

TAVAKOL, Mohesen e DENNICK, Reg - Making sense of Cronbach's alpha. **Int J Med Educ**. (2011), p. 53-5.

TUBONE, Mariana - **Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doença cerebrovascular do tipo isquémico**. [Em linha]. (2007). [consultado a 23 de Novembro de 2013] Disponível na <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0621.pdf>.

WILLIAMS, Linda [et al.] - **Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale**. [Em linha]. (1999). [consultado a 8 de Outubro de 2013]. Disponível na <http://stroke.ahajournals.org/content/30/7/1362.full>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **World report on disability**. [Em linha]. (2011). [consultado a 8 de Outubro de 2013]. Disponível na http://www.World Health Organization.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS - **Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais**. Lisboa: Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2007.

ANEXOS

ANEXO I

(Instrumento de Recolha de Dados)

Questionário

Com este Questionário, pretende -se recolher informações para elaboração de um trabalho de investigação cujo tema é “Qualidade de vida do doente após Acidente Vascular Cerebral – contributo do Enfermeiro de Reabilitação”.

Venho por este meio pedir a sua colaboração para realização deste estudo, onde a sua participação é preciosa para o atingimento dos objetivos a que nos propomos.

Agradeço desde já a sua colaboração no preenchimento deste questionário que será confidencial e anónimo.¹

Grata pela sua colaboração

¹ Ferreira e Ferreira 2012, questionário, versão do estudo.

I – Parte

1. Idade _____

2. Género

☐ Masculino

☐

Feminino

3. Habilitações

literárias

☐ Sem escolaridade

☐ Até ao 4º Ano

☐ 6º Ano

☐ 9º Ano

☐ 10º Ano

☐ 12º Ano

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐

Doutoramento

4.Estado

civil

☐ Solteiro

☐ Casado/União de facto

☐ Separado/Divorciado

☐ Viúvo

5.Atividade Profissional _____

II – PARTE

Escala de Qualidade de vida Específica para Doentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral

Pontuação: cada item deve ser pontuado com a seguinte chave

Domínio – Itens	Concordo fortemente (1)	Concordo moderadamente (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo moderadamente (4)	Discordo fortemen te (5)
Energia					
1. Senti-me cansado(a) a maior parte do tempo.					
2. Tive de parar e descansar durante o dia.					
3. Estava muito cansado(a) para fazer tudo o que queria.					
Papel Familiar					
1. Não participei em atividades lúdicas com a minha família.					
2. Senti que era um fardo para a minha família.					
3. A minha condição física interferiu com a minha vida pessoal.					
Disposição					
1. Estava desanimado(a) com o meu futuro.					
2. Não estava interessado(a) em outras pessoas ou atividades.					
3. Senti-me afastado(a) das outras pessoas.					
4. Tinha pouca confiança em mim próprio (a).					
5. Não estava interessado(a) na comida.					
Personalidade					

1. Estava irritado (a).					
2. Estava impaciente com os outros.					
3. A minha personalidade mudou.					
Papel Social					
1. Não sai tantas vezes quanto gostaria.					
2. Fiz os meus hobbies/passatempos e atividades lúdicas menos tempo do que gostaria.					
3. Não vi tantos amigos como gostaria.					
4. Tive relações sexuais menos vezes do que gostaria					
5. A minha condição física interferiu com a minha vida social.					
Capacidade Mental					
1. Era difícil concentrar-me.					
2. Tive dificuldade em lembrar-me das coisas.					
3. Tive de escrever as coisas para não me esquecer.					
	Não o consegui fazer de todo (1)	Com muita dificuldade (2)	Com alguma dificuldade (3)	Com pouca dificuldade (4)	Sem dificuldade (5)
Linguagem					
1. Teve dificuldade em falar? Por exemplo, gaguejava, balbuciava, engolia as palavras ou sentia que elas ficavam presas?					
2. Teve dificuldade em falar de forma suficientemente clara para utilizar o telefone?					
3. As outras pessoas tiveram dificuldade em percebê-lo(a)?					
4. Teve dificuldade em encontrar as palavras certas?					
5. Teve de se repetir para que os outros o(a) compreendessem?					
Mobilidade					

1. Teve dificuldade em andar?*					
2. Perdeu o equilíbrio quando se inclinava para a frente, ou tentava agarrar alguma coisa?					
3. Teve dificuldade em subir escadas?					
4. Teve de parar e descansar mais tempo, do que aquilo que gostaria, quando andava ou utilizava uma cadeira de rodas?					
5. Teve dificuldade em ficar de pé?					
6. Teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira?					

*Se não consegue andar passe a pergunta 4 e pontue as perguntas 2 e 3 com 1.

Função Membro Superior					
1. Teve dificuldade em escrever ou dactilografar?					
2. Teve dificuldade em calçar meias?					
3. Teve dificuldade em abotoar botões?					
4. Teve dificuldade em fechar um fecho?					
5. Teve dificuldade em abrir um frasco?					
Visão					
1. Teve dificuldade em ver televisão suficientemente bem, para poder apreciar um programa?					
2. Teve dificuldade em agarrar as coisas por falta de visão?					
3. Teve dificuldade em ver as coisas de um dos lados?					
Trabalho/Produtividade					

1. Teve dificuldade em realizar as tarefas diárias em casa?					
2. Teve dificuldade em terminar tarefas que já tinha começado?					
3. Teve dificuldade em fazer o trabalho que estava habituado?					
	Ajuda total (1)	Muita ajuda (2)	Alguma ajuda (3)	Pouca ajuda (4)	Sem ajuda (5)
Auto-cuidados					
1. Precisou de ajuda para preparar as suas refeições?					
2. Precisou de ajuda para comer? (por exemplo, cortar os alimentos ou cozinhar-los)					
3. Precisou de ajuda para se vestir? (por exemplo, calçar meias ou sapatos, abotoar botões ou fechar um fecho?)					
4. Precisou de ajuda para tomar banho ou duche?					
5. Precisou de ajuda para ir a casa de banho?					
Pontuação Total					

Adaptado e validado para a população portuguesa por Andreia Malheiro, Ângela Nicola e Carla Pereira. Área Disciplinar da Fisioterapia. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Original: WILLIAMS, L. *et al.*, Development of a Stroke- Specific Quality of Life Scale, *Stroke*, Volume 30, 1999, pp.1632-1369

III – PARTE

No seu entender a intervenção do enfermeiro de Reabilitação foi importante?

☐

Sim

☐

Não

Porquê?

Obrigada pela colaboração e disponibilidade!

ANEXO II
(Consentimento Informado)

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “Qualidade de vida após acidente vascular cerebral – intervenção do enfermeiro de reabilitação”, realizado por Mariline Patrícia Fernandes Ferreira, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Foi informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do participante:

Assinatura da investigadora:

Data: ____ / ____ / 20____

ANEXO III
(Teste de Normalidade)

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Significance
E	,239	51	,000
E.D	,216	51	,000
E1	,253	51	,000
E1.D	,271	51	,000
E2	,287	51	,000
E2.D	,223	51	,000
E3	,298	51	,000
E3.D	,240	51	,000
PF	,232	51	,000
PF.D	,094	51	,200*
PF1	,460	51	,000
PF1.D	,206	51	,000
PF2	,307	51	,000
PF2.D	,212	51	,000
PF3	,430	51	,000
PF3.D	,184	51	,000
D	,115	51	,089
D.D	,113	51	,115
D1	,332	51	,000
D1.D	,180	51	,000
D2	,259	51	,000
D2.D	,174	51	,001
D3	,92	51	,000
D3.D	,206	51	,000
D4	,287	51	,000
D4.D	,168	51	,001
D5	,214	51	,000
D5.D	,330	51	,000
P	,197	51	,000
P.D	,209	51	,000
P1	,241	51	,000
P1.D	,209	51	,000
P2	,241	51	,000
P2.D	,202	51	,000
P3	,243	51	,000
P3.D	,275	51	,000
PS	,285	51	,000
PS.D	,238	51	,000
PS1	,440	51	,000
PS1.D	,293	51	,000
PS2	,501	51	,000
PS2.D	,289	51	,000
PS3	,370	51	,000
PS3.D	,308	51	,000
PS4	,430	51	,000
PS4.D	,408	51	,000
PS5	,437	51	,000
PS5.D	,256	51	,000
CM	,165	51	,001
CM.D	,186	51	,000
CM1	,250	51	,000
CM1.	,247	51	,000
CM2	,240	51	,000
CM2.D	,222	51	,000
CM3	,355	51	,000
CM3.D	,352	51	,000
L	,184	51	,000
L.D	,243	51	,000
L1	,218	51	,000
L1.D	,300	51	,000
L2	,221	51	,000
L2.D	,291	51	,000
L3	,198	51	,000
L3.D	,286	51	,000
L4	,218	51	,000
L4.D	,255	51	,000
L5	,203	51	,000
L5.D	,263	51	,000
M	,442	51	,000
M.D	,170	51	,001

M1	,508	51	,000
M1.D	,270	51	,000
M2	,508	51	,000
M2.D	,234	51	,000
M3	,540	51	,000
M3.D	,426	51	,000
M4	,539	51	,000
M4.D	,357	51	,000
M5	,483	51	,000
M5.D	,238	51	,000
M6	,473	51	,000
M6.D	,177	51	,000
FMS	,410	51	,000
FMS.D	,160	51	,002
FMS1	,482	51	,000
FMS1.D	,390	51	,000
FMS2	,500	51	,000
FMS2.D	,274	51	,000
FMS3	,516	51	,000
FMS3.D	,246	51	,000
FMS4	,516	51	,000
FMS4.D	,210	51	,000
FMS5	,539	51	,000
FMS5.D	,345	51	,000
V	,204	51	,000
V.D	,192	51	,000
V1	,225	51	,000
V1.D	,225	51	,000
V2	,206	51	,000
V2.D	,247	51	,000
V3	,245	51	,000
V3.D	,254	51	,000
TP	,529	51	,000
TP.D	,404	51	,000
TP1	,539	51	,000
TP1.D	,402	51	,000
TP2	,535	51	,000
TP2.D	,404	51	,000
TP3	,539	51	,000
TP3.D	,416	51	,000
AC	,357	51	,000
AC.D	,132	51	,026
AC1	,536	51	,000
AC1.D	,460	51	,000
AC2	,381	51	,000
AC2.D	,169	51	,001
AC3	,460	51	,000
AC3.D	,181	51	,000
AC4	,470	51	,000
AC4.D	,165	51	,001
AC5	,470	51	,000
AC5.D	,179	51	,000
	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	S tatistic	d f	Sig.
QV	,094	51	,200 [*]
QV.D	,087	51	,200 [*]